

57.3
Ш 19

*... какими бы я был теперь
несчастливым человеком, если бы
смолоду не приобрел известный
запас знаний и вкус к ним.*

Честерфилд. Письма к сыну

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ

**Ф.С. ШАМСИЕВ
Н.В. ЕРЕНКОВА**

0119826/2

57.3

Ш 19 Шамсиев Ф.С.,
Еренкова Н.В. Этика
и деонтология в педиат-

рии.
2005

132-00

Ф.С.

ЭТИ

Ф.С. ШАМСИЕВ, Н.В. ЕРЕНКОВА

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ

2-е издание

0119826/2

Централизованная
библиотечная система № 1
Сезеро-Восточного округа

72

Москва
«Вузовская книга»
2005

ПОГАШЕНО
Библиотека № 72
Кировского района
ЧИТАТЕЛЬСКИЙ ЗАЛ

ББК 51(2)

Ш 19

Шамсиев Фазлитдин Сайфутдинович — доктор медицинских наук,
заведующий кафедрой педиатрии Ташкентского института
усовершенствования врачей;

Еренкова Наталья Владимировна — кандидат медицинских наук,
сотрудник НИИ педиатрии республики Молдова

Шамсиев Ф.С., Еренкова Н.В.

Ш 19 Этика и деонтология в педиатрии / Ф.С. Шамсиев,
Н.В. Еренкова. — 2-е изд. — М.: Вузовская книга, 2005. —
184 с.

ISBN 5-9502-0126-4

В руководстве изложены основные требования, предъявляе-
мые к врачам-педиатрам и средним медицинским работникам дет-
ских лечебно-профилактических учреждений, освещены этичес-
кие принципы взаимоотношений медиков между собой, с боль-
ными детьми, их родителями и родственниками.

Значительное место отведено сведениям о возрастных особен-
ностях психоэмоциональной сферы здоровых детей, а также об
изменениях функций центральной нервной системы под влияни-
ем соматических и инфекционных заболеваний, больничной об-
становки, стрессогенных диагностических и лечебных процедур.
Отдельно рассмотрен вопрос о фармакологической деонтологии в
педиатрии. Представлены также данные отечественной и зарубеж-
ной литературы о социальных и этических проблемах современно-
го здравоохранения.

Для врачей-педиатров, фельдшеров, медицинских сестер дет-
ских лечебно-профилактических учреждений, преподавателей и
студентов медицинских вузов.

ББК 51(2)

ISBN 5-9502-0126-4

© Шамсиев Ф.С., Еренкова Н.В., 1998
© «Вузовская книга», оформление, 1999

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Врач-педиатр как личность и гражданин	5
Основные нравственные и деловые качества, необходимые среднему медицинскому работнику детского лечебного учреждения	7
Этика взаимоотношений в медицинском коллективе	13
Функция ЦНС в различные периоды детского возраста	18
Типы высшей нервной деятельности (темпераменты) и их влияние на психику, эмоции и поведение детей	34
Значение семейного и школьного воспитания в сохранении и укреплении психического здоровья детей и подростков	43
Особенности психики, эмоциональных реакций и поведения детей и подростков при соматических и инфекционных заболеваниях	53
Деонтологические и психологические основы анамнеза в педиатрии	60
Деонтология и этика общеклинического обследования ребенка и подростка. Врачебный обход	70
Этико-психологические основы госпитализации детей и подростков	75
Стрессовые реакции детского организма на болезненные диагностические и лечебные процедуры. Пути их ослабления и снятия	82
Меры антистрессовой защиты детского организма при гастродуоденальном зондировании	88
Профилактика и лечение ятрогенных заболеваний у детей и подростков	106
Методы психотерапии в практике врача-педиатра	112
Основы воспитания больных детей в семье и лечебном учреждении	122
Деонтологические аспекты лекарственной терапии в педиатрии	127
Деонтология при оказании неотложной помощи и проведении реанимации в педиатрии	136
Деонтология врача-педиатра при хронических и неизлечимых заболеваниях	145
Профессиональная тайна в педиатрии	152
Этические основы взаимоотношений медицинских работников с родителями больного ребенка	157
Деонтологические и этические аспекты научных исследований в педиатрии	166
Роль самообразования и самовоспитания в деятельности врачей и средних медицинских работников	174
Эстетика и педиатрии	177
Рекомендуемая литература	182

ВВЕДЕНИЕ

Научно-техническая революция в медицине поставила новые проблемы этического характера: в условиях технизации и специализации системы здравоохранения не только сохранить, но и упрочить гуманистические традиции медицины — сердечное, чуткое отношение к больному как к личности, а также к его близким. Этико-психологический фактор в деятельности медиков всех рангов оказывает прямое влияние на уровень культуры медицинского обслуживания населения — взрослого и детского, во многом определяет авторитет врачей и средних медицинских работников, поэтому первые главы книги авторы посвятили вопросам нравственного и делового облика врача-педиатра и медицинской сестры, работающей в детском лечебном учреждении.

Значительное место отведено информации об особенностях психоэмоциональной сферы здоровых детей и подростков в зависимости от их возраста, темперамента (высшей нервной деятельности), условий жизни и воспитания. Несомненно, эти сведения помогут врачам более обоснованно и компетентно строить свои взаимоотношения со здоровыми детьми, осуществлять меры, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья детей и подростков в семье, дошкольных учреждениях и школах, правильно проводить профилактику нервно-психических, вегетативных и соматических функциональных расстройств, возникающих на почве дефектов воспитания, учебных перегрузок различных стрессогенных воздействий.

Не менее важным для врача-педиатра являются знания особенностей психики, эмоций, поведения, нервной реактивности детей при соматических и инфекционных заболеваниях, чему посвящена специальная глава. Без этих сведений детскому врачу трудно понять личность больного ребенка, установить с ним контакт, проводить психопрофилактику и психотерапию с учетом индивидуальных особенностей его ЦНС.

В отечественной и зарубежной литературе почти нет сведений об этико-психологических аспектах клинического и параклинического исследования в педиатрии, хотя дефицит знаний в этой области для детского врача оборачивается нередко трудностями диагностики, а порой приводит к ятрогении.

Считаясь с этим фактом, авторы сочли необходимым изложить на страницах книги этико-деонтологические основы сбора анамнеза, клинического и параклинического исследований в педиатрии, методические приемы антистрессовой защиты организма больного в процессе болезненных диагностических процедур, гастродуоденального зондирования и других неприятных воздействий, неизбежных при инструментальных и других исследованиях.

Деонтология — это составная часть врачебной этики, определяющая поведение и действие врача с учетом его профессионального долга перед пациентом, родителями и родственниками больного, обществом.

Принимая во внимание это обстоятельство, в структуру книги введены главы, содержащие сведения о деонтологии врача-педиатра при хронических и неизлечимых заболеваниях, при оказании неотложной помощи и реанимации.

Культура работы любого медицинского коллектива — малого или большого — во многом определяется психологическим климатом в нем, этикой взаимоотношений между сотрудниками, включая административный аппарат. Освещение этого вопроса авторы ставили в неразрывную связь с принципами морали, с необходимостью коллегиального решения трудных профессиональных проблем в работе медицинских коллективов, непримиримого отношения к проявлениям равнодушия, недобросовестности, небрежности в профессиональных действиях врачей и средних медицинских работников детских лечебно-профилактических учреждений.

Значительное внимание уделено ряду других проблем этики и деонтологии в педиатрии: особенностям психики и поведения родителей больного ребенка и взаимоотношений с ними медицинских работников, нравственным аспектам сохранения профессиональной тайны в педиатрии, ответственности врачей и других медиков.

Социальный и научно-технический прогресс в здравоохранении заставил пересмотреть нравственные аспекты научных исследований в медицине, в частности в педиатрии.

Авторы с благодарностью примут все замечания и конструктивные предложения читателей, направленные на улучшение содержания данной книги.

ВРАЧ-ПЕДИАТР КАК ЛИЧНОСТЬ И ГРАЖДАНИН

Детский врач охраняет здоровье и жизнь ребенка на всех этапах его развития, вплоть до подросткового возраста. Успешно выполнить эту задачу может лишь человек, наделенный высокими нравственными качествами, обладающий чувством ответственности за порученное дело, глубоко понимающий общественную значимость своей деятельности, неустанно повышающий уровень профессиональных знаний и умений.

Для врачей-педиатров примером беззаветного служения делу детского здравоохранения могут быть жизнь и деятельность корифеев отечественной педиатрии Н.Ф. Филатова, К.А. Раухфуса, Н.П. Гундобина, А.А. Киселя, В.И. Молчанова и др.

Известные ученые-педиатры А.Ф. Тур и А.Б. Воловик во время Великой Отечественной войны остались в осажденном Ленинграде и в течение всего периода блокады в условиях непрерывных бомбежек и артобстрелов лично участвовали в спасении многих тысяч голодных и больных детей, проводили самоотверженную работу по организации для них питания и медицинского обслуживания.

Долгую жизнь Героя Социалистического Труда академика Г.Н. Сперанского можно назвать настоящим трудовым подвигом: даже в свои 90 лет он продолжал делать обходы и консультировать больных, проводить конференции и семинары, писать статьи и книги, редактировать журнал «Педиатрия».

Подвижниками педиатрической науки и детского здравоохранения можно назвать известных педиатров М.С. Маслова, Ю.Ф. Домбровскую, В.П. Бисярину, Е.М. Лукьянову, М.Я. Студенкина, В.А. Таболина, Ю.Е. Вельтищева, Н.С. Кисляк, Л.А. Исаеву, А.В. Мазурина, для деятельности которых характерно решение самых сложных проблем педиатрической науки и детского здравоохранения на основе лучших гуманистических традиций отечественной педиатрии.

Хорошим врачом-педиатром может быть лишь человек, любящий детей, способный к искреннему сопереживанию и сочувствию, неравнодушный к чужому горю. Медработник, отвечающий требованиям медицинской деонтологии, обладает такими качествами, как способность к состраданию, готовность пожертвовать своими интересами и удобствами, если это необходимо для спасения жизни или облегчения страданий больного.

Врачебная профессия требует постоянного и настойчивого совершенствования знаний, умений, практических навыков. Человек, безразличный к достижениям науки и техники и не же-

лающий внедрять их в свою практическую деятельность, никогда не станет хорошим профессионалом. Только стремление внедрять в практику своей работы и деятельности коллектива новые методы профилактики, диагностики, лечения, прогрессивные формы научной организации труда позволит неуклонно повышать уровень медицинского обслуживания детского населения.

Внутренний и внешний облик врача должен характеризоваться высокой эстетической культурой, способностью к художественному восприятию окружающего мира, умением воспринимать и ценить высокие достоинства произведений искусства и литературы, ощущать прекрасное в природе. Существует мнение, что адекватное эстетическое восприятие окружающего мира способствует развитию у врача навыков клинического мышления, воображения, профессиональной интуиции, более глубокого интереса к эмоциональной стороне жизни больного.

О необходимости органического сочетания в облике врача волевых и интеллектуальных, нравственных и эстетических качеств хорошо сказал А.П. Чехов: «Профессия врача—это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически»^{*}.

Анкетный опрос больных в нашей стране и за рубежом показал, что пациенты высоко ценят такие качества личности врача, как эмоциональность, высокий интеллект, компетентность. Можно назвать немало других личностных качеств, которыми должен обладать врач-педиатр— скромность и вежливость, сдержанность и терпеливость, а при необходимости твердость и принципиальность, находчивость и осторожность, которые способны вызвать у больного и его близких доверие и открытость. Забота о своей внешности, манерах поведения, культуре речи—важные составные части самовоспитания врача. Без этих навыков ему будет трудно подобрать форму общения с пациентами и их близкими, установить с ними нужный контакт.

Курение, злоупотребление алкоголем, пристрастие к наркотикам разрушают физическое и психическое здоровье медицинского работника, практически дисквалифицируя его и лишая доверия пациентов. Ничего, кроме негодования и протеста, не вызывают попытки отдельных медиков заниматься вымогатель-

^{*} Чехов А.П. Полн. собр. соч., т.12, с. 231

ством, взяточничеством, использованием служебного положения в корыстных целях.

Один из самых страшных изъянов в личности врача-педиатра — равнодушие, безразличное, спокойно-холодное отношение к страданиям больного ребенка, тяжким душевным переживанием его родителей и близких. Можно без преувеличения сказать, что равнодушие — абсолютный признак профессиональной непригодности человека к врачебной деятельности, особенно педиатрической.

Деятельность врача-педиатра не может ограничиваться выполнением задачи чисто профессионального характера, он обязан заботиться и об улучшении условий труда и жизни матерей, их детей, настойчиво бороться за оздоровление окружающей среды, проводить работу, направленную на повышение общей и санитарной культуры населения, активно участвовать в пропаганде гигиенических и медицинских знаний среди населения.

ОСНОВНЫЕ НРАВСТВЕННЫЕ И ДЕЛОВЫЕ КАЧЕСТВА, НЕОБХОДИМЫЕ СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ ДЕТСКОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Средний медицинский персонал — самый многочисленный отряд медицинских работников в нашей стране. Ему приходится постоянно общаться с больными, осуществлять назначенные врачом диагностические, лечебные и профилактические процедуры, облегчать душевную и физическую боль человека, возвращать ему трудоспособность, сохранять жизнь.

Известный хирург Н.М. Амосов в своей книге «Мысли и сердце» с сожалением отмечал, что слово «милосердие» совсем вышло из употребления. Великий врач и гуманист Н.И. Пирогов высоко ценил труд и подвиги медицинских сестер во время Крымской войны (1853—1856 гг.), называл их «сестрами милосердия», призывал врачей преклоняться перед ними.

В 1818 г. в Москве впервые в России были обучены (из вдов военных) пятьдесят сестер милосердия для бесплатного ухода за тяжелобольными. Начиная с 1855 г. понятие «сестра милосердия» стало очень распространенным в России. Этому способствовала слава русской девушки Дарьи Александровой (Севастопольской), дочери моряка, погибшего в Синопском сражении. О ней Н.И. Пирогов писал как о «знаменитой и прославленной Дарье». В течение всех одиннадцати месяцев осады Севастополя она самоотверженно оказывала медицинскую помощь раненым матросам и солдатам на поле боя, без усталости работала

в госпиталях и даже ассистировала хирургам. Во время ожесточенных боев у реки Альма она организовала перевязочный пункт, став первой сестрой милосердия в России.

Вслед за Дашей Севастопольской активное участие в Крымской войне приняли многие другие сестры милосердия, 17 из которых погибли при спасении раненых. Особенную доблесть и мужество при обороне Севастополя проявили такие сестры милосердия, как Мария Кутузова (племянница фельдмаршала), Екатерина Бакунина, Мария Глебова, Елизавета Кравцова и многие другие.

Героизм первых русских сестер милосердия как эстафету подхватили сотни тысяч медицинских сестер и санитарных дружинниц в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

За годы войны люди в белых халатах сохранили жизнь и здоровье 10 млн. раненых и больных. На передних рубежах сражений рядом с солдатами и офицерами всегда были средние и младшие медицинские работники, нередко спасавшие жизнь воинам, жертвуя собственной.

Санинструктор стрелковой роты В.О. Гноровская в районе села Вербовое Запорожской области, спасая жизнь группе раненых бойцов, со связкой гранат бросилась под гусеницы вражеского танка и погибла.

Военфельдшер Ф.А. Пушина в селе Святошино под Киевом вынесла из пылающего здания, загоревшегося после вражеского налета, более 30 тяжелораненых солдат и офицеров. Получив смертельные ожоги, скончалась.

В октябре 1944 г. военфельдшер Н.Н. Кравцов при освобождении города Белграда повторил подвиг Александра Матросова: в один из самых критических моментов боя он закрыл своим телом амбразуру дота и этим спас жизни многих однополчан.

Рассказ о подвигах медиков можно было бы продолжить. В народе навсегда сохранятся имена и подвиги тех, кто ценой своей жизни спасал других, отстояв честь и независимость нашей родины.

Однако и в мирные дни медицинские работники днем и ночью несут свою нелегкую вахту во имя спасения жизни и сохранения здоровья человека, оставаясь преданными своему профессиональному долгу — гражданина и патриота.

Органическое соединение высокого профессионализма и гуманизма, глубокого понимания общественной значимости своего труда и готовности целиком отдавать себя любимому делу

даже в самых трудных условиях, в первую очередь, определяют нравственный облик среднего медицинского работника.

Умение в полной мере ответить за выполнение любой процедуры, за свои профессиональные действия и поступки может быть достигнуто лишь в результате постоянного самовоспитания. Хорошим ориентиром является принцип — лечи другого так, как если бы ты лечил самого себя или своих родных и близких. Что бы ты не делал (инъекцию, зондирование и др.), выполняй это с полной мобилизацией всех своих возможностей — знаний, умений, опыта, внимания, терпения.

Человек доверяет медику самое главное — здоровье и жизнь, свое настоящее и будущее, а если это мать или отец, то и будущее своих детей и внуков.

Огромная ответственность ложится на плечи медицинского работника. И ощутить ее нужно не только эмоционально, но и всей силой своего разума, претворив в конкретные действия и дела, направленные на оказание больному необходимой помощи.

В век научно-технического и социального прогресса к деятельности средних медицинских работников предъявляются новые требования: способность трудиться творчески, умение быстро ориентироваться в огромном потоке информации, выявляя в ней лишь самое главное и необходимое. Сейчас уже никто не сомневается в пользе научной организации труда медика, в необходимости экономить как свое время, так и других, совершенствовать культуру общения с коллегами и пациентами.

Безусловно, ошибочно мнение медицинской сестры, считающей, что ей следует лишь правильно выполнять назначения врача (лечебные, диагностические и др.). А ведь осуществляя уход за пациентом, ей необходимо позаботиться и о том, чтобы ту или иную процедуру выполнить не только в строгом соответствии с врачебным предписанием, но и сделать это как можно лучше. Многие медицинские работники публикуют на страницах журналов «Фельдшер и акушерка» и «Медицинская сестра» свои статьи, предложения, направленные на совершенствование техники проведения инъекций, инфузий и других манипуляций и процедур, обмениваются опытом по вопросам организации рационального ухода за больными и др.

В деле самосовершенствования медицинского работника первостепенная роль принадлежит работе над научной, справочной и популярной медицинской литературой, особенно при возникновении сомнений профессионального характера. К сожалению, есть еще медики, имеющие крайне скудный личный

фонд медицинской литературы и совершенно не заботящиеся об его пополнении. Можно, разумеется, пополнять свои знания слушая лекции и доклады на конференциях, а также из других устных источников, но подобный путь недостаточно эффективен, поскольку устная информация может быть преподнесена в весьма ограниченном объеме (не исключается при этом и восприятие ее в неточном, искаженном виде).

Очень важные качества среднего медицинского работника — дисциплина, культура общения, вежливость и приветливость. Положения медика обязывают его развивать у себя целый комплекс привычек, нравственных правил и устоев.

Больной ребенок страдает от своей слабости и беспомощности, от неприятных ощущений или сильной боли. Он живет надеждой на исцеление, с обостренным вниманием следит за действиями медицинских работников. Ребенок или подросток, потерявшие здоровье и жаждущие обрести его вновь, не могут примириться с проявлением равнодушия со стороны медицинского персонала. Это в полной мере относится и к их родителям.

Добрую и чуткую медицинскую сестру больные дети и их родители ждут с нетерпением и какое же неприятное, отталкивающее впечатление производит равнодушная, невнимательная, раздражительная сестра!

Равнодушие — самая страшная черта в характере медицинского работника, являющаяся признаком интеллектуальной ограниченности и эмоциональной «тупости».

К необходимым профессиональным качествам среднего медицинского работника относятся пунктуальность и аккуратность, умение постоянно контролировать свои действия и поступки. Известны случаи, когда невнимательная медицинская сестра становилась причиной трагедии. И, наоборот, наблюдательная, ответственная медицинская сестра — хороший помощник врача: замеченные ею изменения в состоянии и настроении больного могут помочь в решении трудных вопросов диагностики и лечения.

Уровень профессионализма среднего медицинского работника зависит от его дисциплинированности, инициативы, способности принимать правильные решения. К признакам профессиональной зрелости, мастерства и опыта относятся быстрая ориентация в сложившейся ситуации, решительность и смелость. Но добросовестному работнику также чужды излишняя самоуверенность, беспечность, действия без достаточного учета

возможных неблагоприятных, а порою просто опасных исходов и последствий. Поэтому медицинскому работнику необходимо проявлять осторожность в работе, проверять правильность принятого решения. Однако такая тактика не должна стать «ширмой» для прикрытия безответственности, нежелания рисковать в интересах больного.

Один из наиболее важных принципов работы медицинских работников — взаимопомощь, коллегиальное решение наиболее сложных и трудных вопросов практической деятельности. Тесное общение среднего медицинского работника с коллективом не только помогает преодолеть трудности в работе, но и благотворно влияет на развитие его профессиональных качеств.

Основным направлением деятельности всех учреждений системы детского здравоохранения по праву считают профилактическое: укрепление здоровья ослабленных детей, предупреждение инфекционных, соматических, нервно-психических и других заболеваний в детском и подростковом возрасте. Умелое решение этой задачи, имеющее государственное значение, во многом зависит от качества труда средних медицинских работников детских дошкольных учреждений, домов ребенка, детских поликлиник, больниц и санаториев.

Совершенно необходимо, чтобы медицинские сестры этих учреждений умели проводить гигиеническое воспитание родителей и их детей, прививать им навыки высокой санитарной культуры, приобщать к физической культуре и закаливанию.

Медицинские сестры, которые по характеру своей деятельности имеют дело со здоровыми детьми раннего возраста, должны знать, как создать условия для активного эмоционального бодрствования малыша, правильно построить режим дня, а также владеть методикой кормления, проведения туалета, массажа и гимнастики.

Если все мероприятия по воспитанию ребенка раннего возраста, его вскармливанию, уходу за ним осуществляются правильно и для малыша создана оптимальная гигиеническая сестра (включая «психологический климат»), он развивается гармонично, растет здоровым, крепким, жизнерадостным.

Много обязанностей и забот у палатной медицинской сестры, ведь она больше всех других медицинских работников общается с больными детьми. Много нужно успеть ей сделать за смену, многое она должна уметь и знать, чтобы заслужить доверие и любовь ребенка, уважение и авторитет его родителей. К сожалению, еще далеко не везде палатная сестра освобожде-

на от канцелярской работы: ей приходится заполнять множество регистрационных бумаг, порой переписывать врачебные назначения, подклеивать к историям болезни результаты исследований, оформлять справки, выписки и др.

Культура труда медицинской сестры детского лечебного учреждения это не только добросовестное и четкое выполнение всех служебных обязанностей, но и умение доставить больным детям чувство радости в часы досуга: поиграть с ними, приласкать, утешить, создать условия для занятий любимым делом (рисование, чтение, вышивание и др.). Очень важно, чтобы медицинская сестра могла создать климат дружелюбия и взаимопомощи в палате для поддержания бодрого, жизнерадостного настроения у ее обитателей.

Большие требования предъявляются к старшей (главной) медицинской сестре, в компетенцию которой входит широкий круг вопросов: координация работы по лечению, уходу, питанию больных, проведение воспитательной работы среди среднего и младшего медицинского персонала, повышение его квалификации, обеспечение лечебно-охранительного режима в отделении (больницы), контроль за выполнением внутреннего распорядка в стационаре, распоряжений администрации, помощь в организации труда среднего и младшего медицинского персонала, забота о наставничестве опытных медицинских сестер.

Свои обязанности старшая медицинская сестра сумеет выполнить лишь в том случае, если личным примером будет утверждать высокую культуру медицинского обслуживания детей в поликлинике, стационаре, санатории. Плохо, если старшая медицинская сестра основную задачу своей работы видит лишь в контроле за деятельностью коллектива рядовых сестер, в наведении «общего порядка» в лечебном учреждении, если она не вникает в качество ухода за больными, не интересуется, насколько правильно с технической и методической точек зрения выполняются диагностические, лечебные, профилактические процедуры, если она не в состоянии на высоком профессиональном уровне показать, как правильно выполняется та или иная манипуляция (внутривенная инъекция новорожденному или грудному ребенку, определение группы крови и др.).

В деятельности старшей медицинской сестры должен строго соблюдаться следующий принцип: воспитывая других, будь воспитанным сам, желаешь научить другого полезному делу, овладей им в совершенстве лично, стремишься прививать дис-

циплину и организованность другим, выработай вначале эти качества у себя.

В данной главе представлены лишь общие сведения о моральных и деловых качествах, необходимых среднему медицинскому работнику детского лечебного учреждения.

В последующих главах мы постараемся более конкретно раскрыть значение всех качеств при выполнении средним медицинским работником своего профессионального долга в условиях поликлиники и стационара, при оказании неотложной помощи и проведении реанимационной терапии, при лечении хронических больных и др.

ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Эффективность работы любого лечебно-профилактического учреждения во многом зависит от доброжелательных отношений его сотрудников.

Человек проводит значительную часть своей жизни в трудовом коллективе, поэтому в сплоченном и слаженном — работа спорится благодаря стремлению каждого помочь другому, проявить внимание к товарищу по работе, разделить с ним и радость и невзгоды: если же коллектив лихорадит из-за постоянных недоразумений во взаимоотношениях между его членами, склок, интриг, ссор — это отрицательно сказывается на эффективности труда в целом и качестве работы отдельных медиков. Нервозная обстановка в коллективе иногда складывается из-за того, что отдельные его члены, страдая излишним самомнением и болезненным самолюбием, упорно не желают прислушиваться к доброжелательным советам сослуживцев и в то же время допускают грубые ошибки в работе, нарушают трудовую дисциплину.

Подобное поведение чаще всего отражает низкий уровень общей культуры человека, его невоспитанность, а порой является просто прикрытием лени и нежелания трудиться в полную силу. К сожалению, в некоторых медицинских коллективах еще не изжиты во взаимоотношениях между его членами элементы грубости, хамства, бесцеремонности — именно такой путь выбирают некоторые люди, стремясь к самоутверждению. Такое поведение должно обсуждаться на собраниях коллектива с последующей оценкой их действий.

Совсем непростым бывает процесс адаптации новичка в медицинском коллективе, привыкание его к атмосфере сложив-

шихся в коллективе взаимоотношений и традиций. Одно из основных условий успешной адаптации нового сотрудника — хорошее владение своей профессией, умение быть коммуникабельным и доброжелательным. В то же время начинающему медику на первых порах просто необходима активная помощь коллег в освоении приемов работы на новом месте.

Начиная с первых дней работы, новичка необходимо вовлечь в круг интересов и дел коллектива, создать благоприятные условия для творческого роста и профессионального совершенствования, а в случае необходимости прибегнуть к наставничеству.

На атмосферу взаимоотношения людей в медицинском коллективе существенное влияние, бесспорно, оказывает и личность руководителя. Он должен сочетать в себе талант организатора и воспитателя, быть внимательным и чутким, доброжелательным и тактичным, честным и принципиальным, требовательным к себе и другим, обладать зрелостью и убежденностью.

Руководитель лечебно-профилактического учреждения может мобилизовать коллектив для успешного решения всех стоящих перед ним задач лишь в том случае, если будет в высшей степени компетентным специалистом, умеющим заинтересовать коллег сотрудничеством, не пренебрегающим их помощью и поддержкой.

Однако большую ошибку допускают те руководители, которые стремясь расположить к себе подчиненных, заигрывают с ними, идут на любые уступки, избегают конфликтов и трений за счет попустительства к нерадивым сотрудникам, стараются не замечать откровенных недостатков, а порой и грубых промахов в их работе.

Порочным является и такой стиль руководства, когда главный врач, его заместитель или другой организатор здравоохранения любой ценой пытаются создать иллюзию полного благополучия в медицинском коллективе, видимость кипучей деятельности учреждения за счет множества заседаний, собраний, оперативок, развивая бумаготворчество, канцелярщину, бюрократию. При этом за ширмой показухи и рекламного благополучия могут процветать равнодушие и самоуспокоенность сотрудников, отмечаться нарушения медицинской деонтологии и этики, игнорирование трудовой дисциплины и даже элементарного порядка в учреждении.

Для стиля работы плохого руководителя характерны две крайности — когда он всю ответственность за работу коллектива пытается брать на себя, стараясь сделать все сам, и, когда он перекладывает свои функции на заместителей и общественные организации, устранившись при этом от своих прямых служебных обязанностей.

Для настоящего руководителя очень важно сочетать единоначалие с коллегиальностью. Принцип единоначалия реализуется путем воздействия на коллектив методами убеждения, побуждения и принуждения, причем предпочтение должно отдаваться первым двум.

Культура деловых отношений руководителя с заместителями, помощниками и всем коллективом строится на основе справедливого распределения служебных нагрузок на каждого человека, с учетом его опыта, возраста, личных качеств, отношения к работе.

Руководитель и его помощники должны постоянно держать на контроле исполнительскую дисциплину, четко планировать мероприятия, хорошо подготавливать их.

Стремление руководителя недостатки своих организаторских способностей компенсировать грубостью ни к чему хорошему не приводит, коллектив начинает лихорадить, что отрицательно сказывается на настроении и работоспособности всех его членов.

Важный критерий соответствия руководителя занимаемой должности — хорошая профессиональная подготовка, деловитость, постоянное совершенствование своей врачебной квалификации и повышение уровня знаний по вопросам организации здравоохранения.

В этике взаимоотношений сотрудников медицинского учреждения немаловажное значение принадлежит форме обращения их друг к другу. Врач к врачу должен обращаться на «вы» в присутствии пациентов и их близких, а также по имени и отчеству, даже если медики находятся в товарищеских или родственных отношениях и в неофициальной обстановке обращаются друг к другу на «ты».

Это касается и формы общения врачей со средними медицинскими работниками и последних друг с другом. К сожалению, нередко приходится встречаться со случаями, когда врач (молодой или пожилой) обращается к медицинской сестре или санитарке, шоферу на «ты», проявляя при этом недопустимую фамильярность и неуважительное отношение к сотруднику. В

этом проявляется элементарный дефицит культуры у медицинского работника, независимо от того, какой пост он занимает.

Взаимное уважение врачей выражается и в бережном отношении к репутации и авторитету товарища по работе. Как нелепо выглядит врач, который стремится поднять свой престиж в лице пациентов и их близких за счет дискредитации знаний коллег, их умений, личных качеств. Недостатки и ошибки могут быть в работе каждого врача, их необходимо устранять, анализировать, предупреждать, но не использовать с целью морального «уничтожения» врача.

Разумеется, небрежность, профессиональное невежество, заслуживают самого сурового осуждения в среде коллег, но делать это надо компетентно, обоснованно, с соблюдением норм врачебной этики.

Важным принципом взаимоотношений врачей является коллегиальность. Этого требуют прежде всего интересы дела, к этому призывает врачебный долг, поскольку диагностика и лечение больного человека порой приобретают такой уровень трудности, эффективно преодолеть который возможно, лишь приложив коллективные усилия врачей.

При решении особо сложных клинических вопросов созывается консилиум или приглашается высококвалифицированный консультант. Самонадеянность и поспешность в действиях врача, даже опытного, стремление единолично решать все сложные диагностические и терапевтические задачи при наличии значительных неясностей и сомнений могут привести к тяжелым последствиям для больного из-за возможных в такой ситуации ошибок.

Особенно необходим своевременный и ценный совет более опытного коллеги для начинающего врача. Однако консилиум и консультации не уменьшают ответственности лечащего врача за все его действия, касающиеся повседневной профессиональной деятельности, хотя вместе с ним эту ответственность разделяют члены консилиума и консультант.

Недопустимо с этической точки зрения проводить консилиум и консультации без участия лечащего врача, равно как и игнорировать его мнение при коллегиальном решении диагностических и лечебных вопросов в конкретной ситуации. Если между врачами в процессе консилиума возникают разногласия, об этом не должны знать родители больного ребенка. Тем более недопустимы профессиональные дискуссии в присутствии больного и его близких.

Многие недоразумения в деятельности врачей, которые наблюдали и лечили ребенка на протяжении значительного времени, возникают из-за отсутствия преемственности между ними, в частности, недостаточности личных контактов или обмена письменной информацией.

Родители нередко справедливо обвиняют врачей-педиатров в том, что при осмотре ребенка новым врачом ставится новый диагноз и таким образом появляется «коллекция» диагнозов одного заболевания (очень трудного для распознавания). Постепенно у родителей или родственников больного возникает недоверие к врачам, скептическое отношение к возможностям медицины, что иногда наводит на мысль о необходимости обратиться за помощью к знахарю или требовать направление ребенка на консультацию в более престижное учреждение. Такое чаще бывает при отсутствии коллегиального подхода к решению диагностических вопросов, а также в случаях игнорирования коллегиальности в других аспектах врачебной деятельности.

Преемственность в профессиональной деятельности должна устанавливаться также между врачами и средними медицинскими работниками. Врач, например, после обхода может дать пояснения медицинской сестре об изменениях, которые произошли в состоянии больных детей за истекшие сутки, а медицинская сестра информирует врача о результатах своих наблюдений, накопленных в процессе рабочей смены. Ценными для медицинской сестры могут быть пояснения врача к своим назначениям лекарственных средств, лечебной диеты, физиотерапевтических процедур и др.

Однако, доверяя медицинской сестре, врач обязан деликатно контролировать ее действия, а при необходимости приходить на помощь, в случае возникновения затруднений при выполнении диагностических процедур (например, гастродуоденального зондирования), манипуляций по интенсивному уходу, инфузионной терапии и др.

Чтобы выполнить эту задачу, врач-педиатр должен владеть теми техническими приемами, которые относят к категории «сестринских»: делать инъекции, инфузии, вводить зонд, ставить горчичники и банки, собирать и запускать в действие систему для капельного введения лекарств и др. Нет ничего зазорного в том, что молодой врач попросит поделиться с ним практическими навыками опытную медицинскую сестру, например, как ввести иглу в вену новорожденного или ребенка с тяжелой гипотрофией, ожирением.

Если медицинская сестра допустила оплошность или ошибку в работе, не выполнила какого-либо назначения врача (по любой причине), она должна сообщить об этом заведующему отделением, лечащему или дежурному врачу. В лечебном учреждении каждый должен заниматься своим делом: врач не вправе какие-либо свои обязанности передавать медицинской сестре, а последняя не властна по своей инициативе брать на себя врачебные функции (например, давать родителям сведения о диагнозе, лечении, объеме обследования пациента).

Как бестактно можно квалифицировать действия медицинской сестры, которая в присутствии больных детей, их родителей или родственников критикует назначения врача, подвергает сомнению их обоснованность, нелестно высказывается в адрес руководителей лечебного учреждения.

Основу взаимоотношений средних медицинских работников друг с другом составляют те же нравственные принципы, что и для взаимных деловых контактов врачей: обоюдостороннее уважение, помощь, поддержка, внимание, чуткость, взаимовыручка.

ФУНКЦИЯ ЦНС В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Детский возраст характеризуется непрерывным ростом и развитием организма, совершенствованием его структур и функций, бурным прогрессом психических возможностей.

Прогресс онтогенетического развития детского организма осуществляется как в аспекте физиологического созревания, так и по линии социального формирования, совершенствования механизмов адаптации ребенка к условиям окружающей среды в широком смысле этого понятия.

В развитии детского организма можно условно выделить несколько периодов, каждый из которых имеет свои анатомо-физиологические особенности, разный уровень психического развития и социальной зрелости ребенка:

I — новорожденности (от рождения до конца первого месяца жизни),

II — грудного (младенческого) возраста (от конца первого месяца жизни и до конца первого года),

III — раннего детского (ясельного или преддошкольного) возраста (от 1 года до 3 лет жизни),

IV — дошкольного возраста (от 3 до 7 лет),

V — младшего школьного возраста (от 7 до 12—13 лет),

VI — старшего школьного возраста (от 12—13 до 17—18 лет), его называют также подростковым, пубертатным и периодом полового созревания.

Как видно из перечня возрастных периодов, собственно детство как таковое заканчивается в 12 лет (в век акселерации для девочек даже в 11 лет), а далее начинается качественно новый этап жизни человека — период полового созревания (подростковый возраст). Последний характеризуется не только значительной анатомо-физиологической перестройкой детского организма в сторону взросления его, но и крутой ломкой психологии ребенка, значительным изменением его эмоционально-чувствительной сферы.

Врачам-педиатрам в силу их профессиональных обязанностей приходится иметь дело с детьми разных возрастных групп (до 12 лет) и подростками, поэтому сведения об особенностях ЦНС этих контингентов для них имеют особо важное значение. Прежде всего, эти знания необходимы детскому врачу для того, чтобы правильно построить свои взаимоотношения с больными детьми разных возрастов, уметь получить от них необходимые анамнестические и другие сведения, рационально воздействовать на их психику с помощью психотерапевтических приемов, осуществлять антистрессовую защиту ребенка при госпитализации, проводить диагностические и лечебные процедуры.

Кроме того, знания детской психологии облегчают врачу-педиатру осуществление широкого комплекса психопрофилактических мероприятий среди здоровых детей, направленных на предупреждение функциональных расстройств нервной системы, переутомления и других недугов.

Особенности нервно-психического развития детей в разные возрастные периоды в кратком изложении могут быть представлены следующим образом.

Периодом новорожденности называют первый месяц жизни ребенка (28 дней после рождения). Он характеризуется значительными изменением функций организма младенца в связи с адаптацией к совершенно новым условиям существования: резко меняется функция ЦНС, дыхания, кровообращения, пищеварения, выделения в связи с переходом на внеутробные условия жизни.

Уже с первых дней жизни у ребенка хорошо развит вкус — он охотно сосет сладкое, отказывается от горького и кислого (перестает сосать, кричит, отворачивает голову, морщится). Ярко выражены тактильная и болевая чувствительность (реагиру-

ет на прикосновения к слизистой губ, носа, конъюнктивы, на механические раздражения кожи лица, ладоней, стоп, на инъекции и другие болевые воздействия. К 8—10-му дню жизни ребенка можно наблюдать признаки вестибулярной и проприоцептивной чувствительности, например, если новорожденному придать позу, характерную для грудного кормления, у него появляется условный рефлекс в виде поворота головы в сторону соска, открывания рта, сосательных и глотательных движений [Касаткин Н.И.].

Уже с первых дней жизни малыш воспринимает холодовые и тепловые раздражители (под воздействием холода он начинает дрожать и кричать, кожа его бледнеет, под воздействием тепла — успокаивается, кожа розовеет). В период новорожденности увеличивается масса мозга, быстро формируются те участки коры больших полушарий, которые связаны с получением внешней информации (например, площадь зрительных полей увеличивается в полтора раза), покрываются миелиновыми оболочками нервные волокна. Благоприятное влияние на процесс развития мозга младенца оказывают положительные впечатления, получаемые ребенком из внешнего мира (общение с матерью и другими окружающими, созерцание ярких цветных игрушек, подвешиваемых на расстоянии 40—50 см и др.).

Приведенные выше сведения о состоянии нервной системы новорожденного указывают на необходимость создания для него оптимальной гигиенической среды, защиты организма от чрезмерных раздражителей, которые могут негативно повлиять на развитие функций мозга и психоэмоциональную сферу в целом.

Вместе с тем, в комплекс воспитательных мероприятий на первом месяце жизни ребенка необходимо включить заранее продуманные зрительные, слуховые, тактильные воздействия, которые могут вызвать у него положительные эмоции, стимулировать развитие функций и структур мозга, опосредованно оказывать положительное влияние на обмен веществ, реактивность организма.

Грудной возраст (1—12 мес) отличается от всех других периодов жизни ребенка бурными темпами нервно-психического и физического развития, особой интенсивностью увеличения массы тела и роста его в длину, высоким уровнем и своеобразием обмена веществ, малой защищенностью организма от неблагоприятных влияний внешней среды, которые являются серьезной угрозой не только для здоровья, но и жизни ребенка.

Для каждого
физиологических ос
ЦНС — крайне не
правильно постро
физического и пси
систему воспитания
мальный лечебно
нарных и домашних

На 2—3-м меся
прогресс в развити
ров, что создает ус
под влиянием прав
питания, вскармли
детей этого возраст
стью, поэтому здор
ночного сна ему не

К концу 2-го ме
настолько, что он н
источниках света и

Услышав звук г
чивает голову в стор
кунд оставаться в т
кий предмет во врем
ет прием пищи и ф
пищевой рефлекс в
ражение — ребенок
лица к материнской
Более разнообразн
тивных реакций (кри
вие, если его оставл
да не хочет спать).

К 3-му месяцу ж
свойственные перио
тонический рефлекс
мышц. Ребенок начин
поддержки, лежа на
и приподнимает туло
равленными.

К 4—5-му месяцу
взрослых, выражают чу
да слышат ее голос, ре
свое неудовольствие

Для каждого врача-педиатра глубокое знание анатомо-физиологических особенностей организма грудного ребенка, его ЦНС — крайне необходимо, поскольку без этого невозможно правильно построить программу сохранения и укрепления его физического и психического здоровья, создать обоснованную систему воспитания, вскармливания, ухода, организовать оптимальный лечебно-охранительный режим при лечении в стационарных и домашних условиях.

На 2—3-м месяце жизни у ребенка происходит заметный прогресс в развитии полушарий большого мозга и анализаторов, что создает условия для его нервно-психического развития под влиянием правильно организованного режима, ухода, воспитания, вскармливания. Кортиковая функция большого мозга у детей этого возраста характеризуется повышенной истощаемостью, поэтому здоровый ребенок спит 17—18 ч в сут (кроме ночного сна ему необходим четырехразовый дневной сон).

К концу 2-го месяца жизни младенца органы чувств развиты настолько, что он не только может сосредоточить внимание на источниках света и звука, но и следить за их перемещением.

Услышав звук голоса или колокольчика, младенец поворачивает голову в сторону источника звука и может несколько секунд оставаться в таком положении. Если ему показывают яркий предмет во время сосания, он на короткое время прекращает прием пищи и фиксирует взор на этом предмете. Условный пищевой рефлекс в возрасте 3 мес приобретает конкретное выражение — ребенок открывает рот в момент приближения его лица к материнской груди, при виде бутылочки или ложечки. Более разнообразным становится «гуление» и проявление негативных реакций (криком младенец выражает свое неудовольствие, если его оставляют одного или укладывают в постель, когда не хочет спать).

К 3-му месяцу жизни исчезают примитивные рефлексy, свойственные периоду новорожденности (феномен ползания, тонический рефлекс рук и другие), отсутствует и гипертонус мышц. Ребенок начинает свободно держать голову, сидеть при поддержке, лежа на животе, опирается на локти и предплечья и приподнимает туловище. Движения рук становятся целенаправленными.

К 4—5-му месяцу дети начинают отличать мать от других взрослых, выражают чувство радости при ее появлении или когда слышат ее голос, реагируют на незнакомое лицо, выражают свое неудовольствие не только криком, но и хныканьем. Гуле-

ние становится более длительным, с преобладанием гортанных и певучих звуков. Появляется способность реагировать на различные интонации в речи взрослого, стараются подражать им. Специальными исследованиями было доказано, что к 5-му месяцу ребенок может различать три цвета — красный, синий и зеленый. Опыт ставился просто: младенцу предлагали две бутылочки: красного цвета — наполненную молоком и зеленого цвета — пустую. Вначале он хватал поочередно обе бутылочки и сосал без разбора, а при повторении эксперимента — тянулся только к красной, проявляя полное равнодушие к зеленой.

Дети 5-месячного возраста свободно берут в руки и удерживают игрушки, ощупывают их, бросают, достают с любого положения, при поддержке под мышки они стоят, не подгибая ножек, хорошо сидят, держась за опору, однако из-за слабости мышц спины у них может быстро появиться кифоз. Лежа на животе, малыш поднимает свое туловище, упираясь ладонями выпрямленных рук, свободно переворачивается с живота на спину и обратно.

В 6—7 мес ребенок начинает произносить отдельные слоги («ма», «па», «ба»), по просьбе взрослых выполняет простые движения («ладушки», «до свидания»), указывает пальчиком на себя и куклы, где носик, ушки, глазки (разумеется, после того, как этому его научат). Такие игры-упражнения полезны, ибо они подготавливают малыша к пониманию речи.

Развитию речи ребенка способствует стремление матери говорить с ним во время кормления, одевания, раздевания, игры. При этом произносимые матерью или другими взрослыми слова («мама», «папа», «баба», «молоко» и др.) должны ассоциироваться в сознании ребенка с конкретными образами и предметами. Тогда при виде матери ребенок будет произносить слог «ма», а при встрече с отцом — «па» и др. Более совершенными становятся действия ребенка в процессе общения с игрушками, когда он манипулирует сразу двумя предметами, координируя движения рук, положение их в пространстве, постукивает игрушкой по какому-либо предмету и др.

В начале второго полугодия жизни многие дети уже в состоянии самостоятельно (без поддержки) сидеть, уверенно удерживать равновесие, а некоторые делают попытки садиться. Однако вначале сидячее положение для малыша утомительно, поэтому форсировать овладение этой позой не следует.

В 7 мес многие дети умеют хорошо ползать. Ползание, как самостоятельная форма передвижения ребенка в пространстве,

доставляет
браться до
то интерес
ниматься
Многие д
или отрица
вается уме
ему предме
кивает в ст
Длитель
сокращаетс
14,5—15 ч,
3,5 ч. В воз
вкусы, влеч
ние, речь, и
ки, укрепля
Решени
этапе его ж
циональной
копировани
лых, осущес
В возраст
нов семьи, и
ментарные с
ставит куби
тами свой и
предметов. С
одновремен
полняет бол
ношение ме
зультатом.
В 9 мес
в его руках
Подражая вз
слоги и соче
например, ма
бо звук или
на него вним
взрослыми с
ценивать как
тии.

доставляет ему большое удовольствие, ибо он может сам добраться до игрушки, подползти к взрослому, рассмотреть что-то интересное для него, изменить положение своего тела (подниматься на четвереньки, встать на колени, садиться и др.) Многие движения при этом сопровождаются положительной или отрицательной эмоциональной реакцией. У малыша развивается умение находить взглядом неоднократно показываемый ему предмет. Например, на вопрос: «Где Таня?» (кукла) ребенок кивает в сторону лежащей игрушки.

Длительность суточного сна во втором полугодии жизни сокращается: в 6—9 мес ребенок спит 15—16 ч, в 10—12 мес — 14,5—15 ч, а промежутки бодрствования увеличиваются до 2,5—3,5 ч. В возрасте 6—12 мес у детей формируются привычки, вкусы, влечения, черты характера, развивается память, мышление, речь, им прививаются элементарные гигиенические навыки, укрепляется их физическое здоровье.

Решение многих вопросов воспитания ребенка на данном этапе его жизни строится с учетом особенностей его психоэмоциональной сферы — выраженной склонности к подражанию, копированию поведения и действий родителей и других взрослых, осуществляющих постоянный контакт с ребенком в семье.

В возрасте 8—9 мес хорошо узнает мать, отца и других членов семьи, ищет взглядом нужный ему предмет, выполняет элементарные сознательные движения (собирает мелкие предметы, ставит кубики один на другой и др.), выражает мимикой и жестами свой интерес и удивление при виде незнакомых людей и предметов. Он уже уверенно манипулирует двумя предметами с одновременным участием обеих рук (при этом правая рука выполняет более активную функцию), пытается установить соотношение между выполняемыми действиями и получаемым результатом.

В 9 мес понимает слово «дай» (дает игрушку, находящуюся в его руках), хорошо знает свое имя и откликается на него. Подражая взрослому, ребенок может повторить новые для него слоги и сочетания звуков и, чтобы привлечь к себе внимание, например, матери, смотрит на нее и громко повторяет какой-либо звук или слог («ма», «ма») до тех пор, пока мать не обратит на него внимание. Это уже первое речевое общение ребенка со взрослыми с инициативой со стороны малыша, что следует оценивать как значительный прогресс в его психическом развитии.

В возрасте 8 мес ребенок самостоятельно садится из положения лежа, встает, придерживаясь за опору, некоторое время стоит. Если его поддержать за обе руки, он делает попытки ходить. Уже в 9 мес малыш хорошо шагает (поддерживаемый за обе руки), может сам встать на колени и сесть из положения стоя.

Завершающий этап грудного возраста характеризуется совершенствованием речи малыша: в 10—12 мес из отдельных слов он строит слова («папа», «мама» и др.), которые становятся средством общения с окружающими и подкрепляется обычной мимикой и жестами. Ребенок понимает значение слов «нельзя», «можно», «да», «нет», знает название многих игрушек, находит среди них ту, которую просит взрослый, по просьбе последнего выполняет знакомые действия.

В игре дети проявляют элементы настойчивости, самостоятельности в затруднительных ситуациях; более богатой становится мимика, жестикуляция, совершенствуется координация движений. В возрасте 10—11 мес проявляется желание ходить при опоре, приседать, вставать, держась за барьер. К концу года большинство малышей начинают самостоятельно ходить, удерживать в руках чашку, пить из нее. Их приучают мыть руки, садиться на горшок и аккуратно принимать пищу за столом.

На психоэмоциональную сферу малыша воспитательные меры оказывают наибольшее влияние, если речевое общение с ним осуществляется в сочетании с игровыми элементами, с процедурами по уходу за ребенком, в процессе кормления, укладывания в постель и др.

Ранний детский возраст (от 1 до 3 лет) — качественно новый этап жизни детей.

Меняется характер питания ребенка — его лишают грудного молока, значительно расширяется пищевой рацион в качественном и количественном отношении, обеспечивая тем самым энергетические и пластические потребности растущего организма. Он начинает ходить и бегать, значительно расширяя свои контакты с внешним миром. В этот период быстро развивается речь, что позволяет усложнить ему формы общения со взрослыми, одновременно увеличивается словарный запас.

Развитие речи у ребенка основано на подражании звукам речи взрослых при одновременном закреплении в коре больших полушарий ассоциаций (временных нервных связей) между предметом и его наименованием.

Малыш активно запоминает названия предметов, животных, имена людей. Частое речевое общение взрослого с ребенком формирует у него потребность прибегать к помощи речи для удовлетворения своих физиологических нужд, различных интеллектуальных запросов, игровых интересов и др. Развивающееся речевое общение становится мощным фактором воспитания малыша, формирования его интеллекта, памяти, воли, сдержанности, творческой активности, умения слушать. Эта цель достигается в процессе игр и занятий, ибо интерес и увлеченность создают благоприятную почву для усвоения детьми названий новых предметов и действий.

Выраженная подражательная способность детей в речевом общении требует правильного произношения слов и звуков взрослыми, ибо в противном случае у ребенка может сформироваться дефектная речь. При нормальном развитии речи словарный запас к концу 1-го года жизни ребенка составляет 8—12, в 1 год и 6 мес — 15—20, в 2 года — около 250—300, в 3 года — 800—1000 слов.

Благоприятную почву для умственного развития детей на 2—3-м году жизни создают новые сенсорные возможности: малыши могут различать предметы по их внешним признакам (цвету, форме, величине, упругости и др.), дифференцировать звуки, темп музыки, тонко улавливать оттенки человеческого голоса, рассматривать мелкие предметы. Развитию чувственной сферы способствуют впечатления, получаемые в игре с одновременным участием нескольких анализаторов (зрительного, слухового, тактильного, мышечного и др.). Необходимо использовать специальные приемы, развивающие у малышей способность тщательно рассматривать, внимательно вслушиваться, на ощупь узнавать предметы.

В раннем детском возрасте происходит становление первичных форм мышления, появляется способность делать элементарные сравнения, умение выслушать и понять задание. Благоприятствуют этому действия взрослых, направленные на совершенствование у малышей памяти и способности к сосредоточению, устойчивому вниманию, воспитание потребности в общении с другими детьми и взрослыми.

В раннем детстве бурно развивается эмоциональная сфера, проявления положительных и отрицательных эмоций становятся разнообразными по форме и содержанию: ребенок свободно выражает чувство радости и удовлетворения, привязанности и любви, недовольства, смущения, обиды, гнева, страха и др.

На 2—3-м году жизни движения ребенка хорошо координированы, он учится пользоваться ложкой, чашкой, застегивать и расстегивать пальто, уверенно садится на горшок, приобретает навыки работы с карандашом, кисточкой, пластилином, пытается помогать взрослым.

Дети охотно и с интересом участвуют в различных играх, реализуя в них свои мысли и чувства, проявляя инициативу, элементы творчества, настойчивость в преодолении ситуационных трудностей. Подражание другим детям в игре носит уже не только механический, но и сознательный характер. Большое воспитательное значение имеют прогулки детей со взрослыми, в процессе которых ребенок постигает красоту природы, обогащает свои познания и впечатления. В первые годы жизни формируется его личность: появляется чувство собственного достоинства, самостоятельности, самооценки, самоутверждения, формируется определенное мировоззрение, образ чувствования и мышления.

При организации режима дня и различных воспитательных мероприятий надо считаться с тем, что нервная система детей раннего возраста легко истощима, поэтому малыши быстро устают. Они не переносят однообразной и продолжительной игровой или творческой деятельности, поэтому для них необходим правильный ритм чередования активных занятий и отдыха. Дети нуждаются в достаточной продолжительности ночного, а также и дневного сна.

В дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) происходит дальнейшее развитие личности ребенка, совершенствуются формы общения его с другими детьми и взрослыми, усиливается целенаправленность игровой и учебной деятельности, возрастают возможности физического и психического развития. В этом возрасте детей готовят к школе и в соответствии с этим прививают необходимые деловые качества.

Двигательная активность детей становится управляемой, приобретает более целенаправленный и организованный характер. Совершенствуется и умственная деятельность: прежде чем совершить какое-либо действие, ребенок осмысливает его, ставит перед собой цель, планирует способы ее достижения. Развиваются воображения и абстрактное мышление, в частности проявляется склонность к фантазированию, придумыванию разных историй, отгадыванию загадок и др. Ярko проявляется в дошкольном возрасте любознательность, познавательный интерес, пытливости, наблюдательность.

Познавательная активность детей в возрасте 4—6 лет выражается в бесконечных вопросах «почему?», «как?», «зачем?», «отчего?». Долг взрослых — поддерживать пытливые отношения ребенка к окружающему миру, удовлетворять его любознательность, поощрять наблюдательность.

Постепенно у детей формируются такие чувства, как долг, ответственность перед другими, удовлетворение при достижении цели, дружба, гордость, уверенность в себе, превосходство над сверстниками, недовольство собой, стыд, неловкость и др.

Вместе с тем под влиянием воспитательных мероприятий у дошкольников вырабатывается умение сдерживать, тормозить свои желания и эмоции, преодолевать страх (например, перед уколom, незнакомыми животными и др.). Развитие эстетических чувств у детей в возрасте 4—7 лет происходит с оценочным отношением их к объектам, которые могут вызывать у ребенка яркие положительные или отрицательные эмоции («нравится», «красиво», «не нравится» и др.). Велика при этом роль взрослых, которые помогают малышу адекватно воспринимать красоту природы, произведения изобразительного искусства, доступные для его восприятия, и др.

Для ребенка дошкольного возраста основным видом деятельности является игра: она во многом определяет его умственное и физическое развитие, способствует закреплению полезных умений и навыков, благоприятно влияет на совершенствование таких психических процессов, как память, восприятие, концентрация внимания.

Ролевые игры дают детям представление о профессиях (учителя, повара, шофера и др.). Игровая деятельность дошкольника развивает их способности ориентироваться в пространстве и времени, благоприятствует выработке чувства коллективизма, товарищества, дружбы. Реальная действительность, поведение и поступки взрослых становятся сюжетом ролевой игры, поэтому чем разнообразнее окружающий ребенка мир, тем более значимым с точки зрения обогащения малыша знаниями и умениями бывает содержание игры.

В ходе ролевых игр у дошкольников начинают развиваться произвольная память и внимание, совершенствуется речевое общение. Элементы проблемности заставляют ребенка осмыслить выполняемые действия, направить их на достижение конкретной цели, проявить волю и настойчивость. В возрасте 6—7 лет дети усваивают общепринятые нормы поведения, правила веж-

ливости, которые постепенно закрепляются и становятся регулятором их поведения.

Младший школьный возраст (7—12 лет). Поступление в школу существенным образом меняет образ жизни ребенка—ему приходится адаптироваться к школьным нагрузкам, новому режиму, к необходимости подчиняться дисциплине, быть усидчивым и терпеливым.

Психологи, педагоги, физиологи, гигиенисты 6—7-летний возраст детей называют возрастом риска, ибо именно в этом периоде жизни ребенка из-за нервно-психических нагрузок довольно легко возникают срывы высшей нервной деятельности, реактивные и прочие неврозы.

Врачам-педиатрам, педагогам, родителям надо знать особенности психоэмоциональной сферы младших школьников, чтобы правильно организовать их труд, отдых, досуг и не допускать неврологических расстройств на почве дефектов воспитания.

В период младшего школьного возраста у ребенка отмечается прилив физических сил, появляется желание не просто активно двигаться, а выполнять различные физические упражнения на снарядах, полезную мышечную работу, участвовать в экскурсиях и туристических походах. При этом дети нередко склонны переоценивать свои физические возможности.

Однако в 6—8 лет у ребенка еще не закончено окостенение кистей рук, грудной клетки, костей тазовой области, позвоночника, а мышечный аппарат несовершенен, нервные механизмы координации движений недостаточно отрегулированы. Поэтому длительные статические нагрузки в неправильной позе (сидя, лежа, стоя) могут привести не только к мышечному утомлению, но и деформации скелета, искривлению позвоночника. С этим надо считаться при организации учебных занятий за столом или партой, учебного труда, настольных и других игр.

Недостаточно совершенная регуляция сердечно-сосудистой системы младшего школьника — фактор, исключающий возможность выполнения детьми длительных и чрезмерных физических нагрузок, связанных со спортом, туристическими походами, физическим трудом.

В возрасте 9—12 лет физический потенциал детского организма значительно возрастает и возможности выполнения детьми мышечных нагрузок расширяются. Они осмысливают роль труда в жизни человека и общества, в создании материальных

ценностей, им прививается уважение к труду и стремление приносить по мере своих сил пользу семье и школе.

Дети 6—12-летнего возраста овладевают трудовыми процессами, требующими чрезвычайно точных и разнообразных движений кисти (шитье, вышивание, пользование ножницами, буровом, молотком и др.).

Учеба в школе приобретает для ребенка характер основного вида трудовой деятельности и занимает значительную часть времени. В школьные годы усложняется и совершенствуется образ мышления детей, появляется способность к логическому анализу и обобщениям, приобретает умение оперировать условными обозначениями, знаками, символами, разум освобождается от безраздельного влияния чувств и начинает строже контролировать эмоции.

Учебная деятельность значительно расширяет круг интересов ребенка и, вместе с тем, прививает ему умение самостоятельно решать некоторые вопросы, опираясь на активное творчество и настойчивость.

Дети 6—7 лет меньше устают, если процесс учения уподобляется игре и сопровождается положительными эмоциями, разумными педагогическими стимулами.

Успех учебы ребенка в школе во многом зависит от состояния его памяти и способности концентрировать внимание, сосредоточиться на изучаемом объекте. Особенностью памяти младших школьников является ее нагляднообразный характер — дети меньше запоминают логическую (смысловую) сторону изучаемых предметов и больше фиксирует внимание на их внешних признаках. При этом запоминание оказывается более эффективным при повторении акта восприятия и достаточной силе впечатления.

Внимание ребенка выражается в умении длительно сосредоточиваться на объекте деятельности и его необходимо воспитывать. Однако перенапряжение внимания может приводить к нервному утомлению. Поэтому оно должно быть посильным для младшего школьника и не рассеиваться под воздействием самых разнообразных отвлекающих раздражителей (частых замечаний, окрика и др.).

Процесс обучения в школе предъявляет к ребенку определенные требования, вынуждает подчиняться коллективной дисциплине, ставит его перед необходимостью поступать в соответствии с императивным «надо», «делай так, а не иначе», «сиди спокойно», «потерпи», «подожди» и др. Иначе говоря, ребен-

ку часто приходится делать то, что не хочется, и отказывается от того, что хотелось бы, ибо на пути осуществления желаний нередко возникают запреты или ограничения. Следовательно, в системе воспитания детей школьного возраста существенное место должно занимать формирование волевых качеств личности, умение управлять своими желаниями, действиями, поведением.

Развитие воли у ребенка тесно связано с воспитанием у него высших моральных качеств: долга, гордости, товарищества, коллективизма, ответственности. На основе выработанных волевых качеств ребенок 9—12 лет может ставить перед собой определенные цели и достигать их, проявляя при этом выдержку и самообладание.

В связи с обучением в школе (особенно в 1—2-м классах) у ребенка появляется новая эмоциональная жизнь, новые переживания и тревоги. Эмоциональная реактивность младшего школьника во многом определяется его темпераментом и наиболее выражена у холериков и сангвиников.

Большая впечатлительность младших школьников требует от взрослых «дозирования» эмоциональных нагрузок (как положительных, так и отрицательных), ибо перенасыщение может привести к нервному истощению и развитию невроза.

У младших школьников формируются чувства гуманизма, справедливости, любви к Родине, уважения к людям, патриотизма и интернационализма. Поскольку отражением детской жизни является игра, именно в ней ярко проявляются как положительные (их надо развивать), так и отрицательные (их следует тактично устранять) качества личности.

Речь детей младшего школьного возраста обогащается новыми логическими связями и построениями, становится более выразительной и разнообразной по интонациям и эмоциональной окраске, повышается уровень грамматического строя, растет словарный запас. Особенности речи, поведения, нервной реактивности детей в возрасте 6—12 лет находятся в значительной зависимости от их темперамента (типа высшей нервной деятельности).

В 9—10 лет у девочек повышается активность гипофиза и половых желез, а в 10—11 лет начинает вырабатываться эстроген (женский половой гормон). Постепенно происходит формирование тела девочки по женскому типу, изменяется определенным образом психика, эмоциональная сфера и поведение ребенка. В этот период очень важно своевременно информиро-

вать девочек о
ний (менструа
Подростко
ходным (в ме
Условно его
(15—18 лет)
зиологическо
ковым возраст
рования поло
нов) происход
мы, регулирую
го мозга. Ина
работает как
Половое
(особенно в
изменение пр
ростков длин
шение их сил
ровой клетча
желез, рост
Начиная
чек возникае
через кажды
лос в типич
няется («лом
тельно возра
Гормонал
функциони
позже, чем
тостерон (м
ся внешние
ва, повышен
Родител
ют на бель
результат п
которые воз
ятными воз
Глубока
ций функци
гетодистони
тельности

вать девочек о природе происходящих в ее организме изменений (менструациях, личной гигиене и др.).

Подростковый возраст (12—18 лет) иногда называют переходным (в медицинской литературе — «пубертатный период»). Условно его делят на два—младший (12—14 лет) и старший (15—18 лет). Сложившееся в детские годы (до 10—11 лет) физиологическое и психическое устойчивое равновесие в подростковом возрасте нарушается, поскольку с началом функционирования половых желез (прежде всего как инкреторных органов) происходит глубокая перестройка всей эндокринной системы, регулируемой гипоталамусом и другими отделами головного мозга. Иначе говоря, с большим напряжением в этот период работает как нервная, так и эндокринно-гуморальная системы.

Половое созревание вызывает ускоренный рост девочек (особенно в возрасте 12—13 лет) и мальчиков (в 14—15 лет), изменение пропорций тела (создается впечатление, что у подростков длинные руки и ноги), нарастание массы мышц и повышение их силы, у девочек развитие тазовых костей, а также жировой клетчатки на ягодицах и бедрах, формирование грудных желез, рост волос в подмышечных впадинах и на лобке.

Начиная с 11—13 лет во внутренних половых органах девочек возникает ряд циклических изменений и устанавливаются через каждые 24—28 дней менструации. У мальчиков рост волос в типичных местах происходит «по мужскому типу», изменяется («ломается») голос, увеличивается масса мышц и значительно возрастает их сила.

Гормональные изменения у мальчиков, связанные с началом функционирования половых желез, начинаются на 1—2 года позже, чем у девочек: в яичках начинает продуцироваться тестостерон (мужской половой гормон) и вместе с этим появляются внешние признаки возмужания, неясные сексуальные чувства, повышенный интерес к лицам противоположного пола.

Родители мальчиков в возрасте 13—15 лет нередко замечают на белье сына появление пятен желтоватого цвета — это результат поллюций (самопроизвольного извержения семени), которые возникают во время сна и часто сопровождаются приятными сновидениями.

Глубокая перестройка в системе нейроэндокринной регуляции функций организма подростка нередко сопровождается вегетодистониями, что влечет за собой чаще всего перепады в деятельности сердечно-сосудистой системы (транзиторные гипер-

тензии, спазмы коронарных сосудов и сосудов головного мозга, приливы крови к лицу с ощущением жара и др.).

Особенности психики и поведения подростка определяются не только описанными выше изменениями в организме, но и социальным своеобразием его положения; он уже ушел из мира детства, но еще находится на пути к взрослой жизни. Такое промежуточное положение накладывает существенный отпечаток на мировосприятие, сознание и поведение как девочек, так и мальчиков-подростков, на их взаимоотношения между собой и со взрослыми, прежде всего с родителями и педагогами.

В манере своего поведения, в одежде, в отношении к окружающему подростки стараются во многом подражать взрослым, что иногда принимает уродливые формы (пробуют курить, тянутся к спиртному, употребляют жаргонные выражения, с «шиком» тратят деньги, бравируют своей силой и др.). Поэтому направление интересов и энергии подростков в правильное русло — важная задача родителей и педагогов.

К проявлениям взросления подростков можно отнести стремление их к самовоспитанию, в частности, развитию самокритичности, самодисциплины, волевых качеств, умения быть самостоятельными, серьезными, ответственными за порученное дело. Постепенно у каждого из них формируется свое мировоззрение, свои взгляды на жизнь, труд, происходящие вокруг события, родителей, педагогов, школу. Развивается стремление осмыслить исторические события, познакомиться с классической литературой, приобщиться к искусству, спорту, овладеть радиodelом, вождением транспортных средств, столярным, слесарным делом и др.

Отсутствие интересов, праздное времяпровождение делают жизнь подростков скучной и пустой, а энергия их в этом случае будет направлена отнюдь не в лучшую сторону (хулиганство, совершение аморальных поступков и др.). Поэтому бесспорно мнение о том, что свободное время подростка должно быть насыщено творческим и производительным трудом, занятиями физкультурой и спортом с учетом состояния его здоровья, физических и интеллектуальных возможностей. Такой образ жизни способствует пробуждению у подростков жизненной активности, бодрости и жизнерадостности.

Однако чрезмерное насыщение жизни подростка физическими и психическими нагрузками, частые стрессовые ситуации могут стать причиной невротических расстройств, протекающих обычно с вегетативными нарушениями, понижением работоспо-

способности и повышением утомляемости. Эмоциональная лабильность, повышенная сексуальная чувствительность в подростковом возрасте девочек и особенно мальчиков в обстановке запущенности полового воспитания — своеобразный «фон» для возникновения патологических форм поведения подростков (онанизм, преждевременная половая жизнь, гомосексуализм и др.).

Здоровый образ жизни, правильное нравственное, физическое, гигиеническое, половое воспитание детей, начиная с первых лет жизни, — надежная профилактика аномальных форм поведения подростков.

У подростков нередко складываются неблагоприятные отношения с людьми, составляющими их ближайшее окружение (родители, родственники, педагоги и др.). Конфликтные ситуации чаще всего возникают на почве повышенной эмоциональной ранимости подростка, игнорирования окружающими особенностей психологии взрослеющего человека (обостренное самлюбие, пробудившееся чувство собственного достоинства, повышенная обидчивость, нетерпимость к несправедливости, неуверенность в своих возможностях и др.). Подростки протестуют, когда взрослые относятся к ним как к детям, органически отвергая жесткий приказ, окрик и особенно применение физической силы.

Вместе с тем, дружеское, участливое отношение взрослых, разговор «на равных» они воспринимают охотно и с благодарностью. Однако, в условиях низкой культуры семейного воспитания родители или родственники иногда стараются «помочь» девочке или мальчику-подростку побыстрее стать взрослым, раскрывая «секреты» интимной жизни, приобщая к раннему применению косметики, курению, употреблению алкоголя и др.

Такой ложный «метод» взросления подростка ничего, кроме вреда, принести не может и довольно часто кончается драматически.

Среди подростков встречаются такие, которых называют «трудными». По словам А.С. Макаренко, они отвергают любые средства воспитания и не желают поддаваться никаким педагогическим воздействиям. К этой категории подростков относятся школьники с отсутствием волевых качеств, привыкшие к постоянной избыточной опеке взрослых, не успев начать какое-либо дело, они тут же бросают его. Такие подростки привыкли потреблять, ничего не давая взамен, они неорганизованны, капризны, своевольны.

Есть среди них и такие, которым свойственны лень ума, а отсюда — нежелание учиться, негативное отношение не только к учебе, но и к учителям, к школе. К группе «трудных» педагоги относят также лиц с резко повышенными эмоциональными реакциями, возбудимых, вспыльчивых, неусидчивых, а также школьников, для которых характерно противоположное состояние эмоциональной сферы — пассивных, равнодушных, не способных к сопереживанию, склонных к аморальным поступкам, уклоняющихся от общения с одноклассниками.

Особую группу составляют агрессивно настроенные школьники, склонные к конфликтам, скандалам, дракам, иногда к жестокому обращению с животными, с младшими по возрасту детьми. К счастью, в школьных коллективах они встречаются не часто, как и трудновоспитуемые подростки — «отшельники», которые считают себя отверженными и обиженными, настроены скептически ко всему окружающему, склонны к критиканству, протесту по всяким пустякам, чем изолируют себя от коллектива. Нередко они хорошо учатся, но трудно поддаются воспитанию.

Разумеется, трудные подростки попадают и в лечебные учреждения, доставляя медицинскому персоналу немало хлопот и неприятностей. При встрече с трудным подростком в школьной или больничной обстановке важно изучить его интересы, наклонности, особенности характера и темперамента, попытаться выяснить мотивы его поступков и на этой основе составить программу целенаправленного воспитывающего воздействия.

ТИПЫ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ТЕМПЕРАМЕНТЫ) И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИКУ, ЭМОЦИИ И ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ

Основы учения о темпераментах человека заложил великий древнегреческий врач, реформатор античной медицины Гиппократ. В своих трудах он писал, что огромное разнообразие внешних и внутренних факторов, влияющих на организм человека, определяет многообразие телесных (конституция) и душевных (темперамент) особенностей человека.

Среди бесчисленного множества вариантов человеческого поведения Гиппократ впервые в медицине выделил четыре основных типа телосложения и душевного склада человека: сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик.

Подробно описав эти типы, Гиппократ высказал убеждение в том, что каждый тип оказывает влияние на предрасположен-

ность организма человека к тому или иному заболеванию, динамику его, особенности клинических проявлений. Иначе говоря, типы темпераментов, определение и знание их врачом имеют практическое значение для конкретного решения вопросов диагностики, лечения, прогнозирования.

Фундаментальные исследования высшей нервной деятельности, проведенные академиком И.П. Павловым и его учениками, подтвердили справедливость учения Гиппократов о конституциональных типах психического склада каждого типа темперамента или типа высшей нервной деятельности (термин Павлова И.П.).

Были введены понятия «сильный тип высшей нервной деятельности» (к нему относятся сангвиники, флегматики и холерики) и «слабый тип высшей нервной деятельности» (меланхолики).

Физиологическая характеристика типов высшей нервной деятельности по И.П. Павлову выглядит следующим образом (в сопоставлении с типами темпераментов по Гиппократу).

Сангвинистическому темпераменту соответствует сильный уравновешенный подвижный (быстрый) тип высшей нервной деятельности. Для него характерны одинаково сильные и подвижные раздражительные и тормозные процессы.

Флегматический темперамент аналогичен сильному уравновешенному инертному (медленному) типу высшей нервной деятельности, когда нервные процессы характеризуются силой, но малой подвижностью.

Холерический темперамент является подобием сильного неуравновешенного (безудержного) типа высшей нервной деятельности, но раздражительный процесс здесь преобладает над тормозным.

Меланхолический темперамент соответствует слабому типу высшей нервной деятельности. Для него характерна слабость как раздражительного, так и тормозного процессов.

И.П. Павлов и его сотрудники доказали, что данные типы высшей нервной деятельности выявляются как у человека, так и высших животных, т. е. они универсальны.

Таким образом, по И.П. Павлову, тип высшей нервной деятельности — это совокупность индивидуальных особенностей основных нервных процессов (возбуждения и торможения): их силы, уравновешенности и подвижности.

Современное научное определение термина «темперамент» сводится к понятию совокупности индивидуальных особенностей эмоциональных реакций и волевой деятельности человека.

Развивая учение о типах высшей нервной деятельности применительно к жизни человека, физиологическая наука учла и индивидуальные особенности соотношения первой и второй сигнальной систем у каждого индивидуума. В соответствии с этим в литературе проводится описание двух типов высшей нервной деятельности человека. Первый — мыслительный (или речевой) тип, когда наблюдается преобладание второй сигнальной системы над первой (это люди, склонные к абстрактному мышлению; теории и др.); второй — художественный тип, при котором обычно отмечается преобладание первой сигнальной системы над второй (у людей это проявляется склонностью к непосредственному восприятию действительности и слабой тенденцией к абстрактному мышлению).

Павловское учение о типах высшей нервной деятельности было конкретизировано применительно к детскому организму, чему способствовали исследования Н.И. Красногорского, А.Г. Иванова-Смоленского, А.А. Волохова, З.И. Коларовой (Бирюковой) и др.

З.И. Коларова и соавт. доказали, что типологические особенности нервной системы можно распознавать уже у новорожденных и грудных детей по данным двигательной активности во время бодрствования, приема пищи (в частности сосания материнской груди), динамики развития сонного торможения, на основании изучения вегетативных функций в бодрствующем и сонном состоянии, а также ориентировочных реакций, возникающих в ответ на раздражения разных анализаторов.

По данным А.А. Волохова и соавт., важным критерием при определении типологических особенностей детей раннего возраста является изучение дыхания как вегетативной функции, в частности частоты респираторных движений грудной клетки, исследование выработки условных рефлексов, динамики нарастания массы тела, развития моторно-статических функций, скорости засыпания и пробуждения, глубины и продолжительности сна, реакций на изменения режима дня и питания.

Н.И. Красногорский рекомендовал врачам, определяющим тип высшей нервной деятельности у детей, тщательно изучать анамнез жизни и болезни, развитие речевой функции в первые годы жизни, поведение дома и в школе, во время игр и в иных условиях, взаимоотношения с другими детьми, работоспособность, общую подвижность, жестикуляцию, мимику лица.

По мнению
повых особен
врача важны
расспроса, дл
бора методов
На основ
Н.И.Красног
деятельности
— центр
вешена с фу
— корко
стью подкоро
— подкоро
корковой фу
— слабы
щаемостью к
Ниже про
деятельности
тивности, от
чи, сна, адап
работоспособ
Ребенок
теризуется хо
владеет свои
лирует инсти
сидит спокой
но. Начатую
физкультуро
дах и др. Во
стей (особен
тикуляция а
или иной мо
нагрузке и н
спокойная, с
строенная, х
средств. На
кого обдумь
вор, однако
* Красногорск
ка и животны

По мнению Н.И. Красногорского, «...точное определение типовых особенностей высшей нервной деятельности вооружает врача важными фактами для правильного понимания данных расспроса, для оценки хода болезни, верного предсказания, выбора методов лечения».*

На основании фактов о взаимодействии коры и подкорки, Н.И.Красногорский по своему определил типы высшей нервной деятельности:

— *центральный* — деятельность коры гармонично уравновешена с функцией подкорки (сангвиник);

— *корковый* — функция коры преобладает над деятельностью подкорки (флегматик);

— *подкорковый* — наблюдается явное преобладание подкорковой функции над корковой (холерик);

— *слабый* (гипоергический) характеризуется быстрой истощаемостью коры и подкорки (меланхолик).

Ниже представлена характеристика типов высшей нервной деятельности у детей с учетом особенностей двигательной активности, отношения к физическим нагрузкам, своеобразия речи, сна, адаптации к условиям окружающей среды, умственной работоспособности.

Ребенок с сангвиническим темпераментом характеризуется хорошей адаптацией к условиям окружающей среды, владеет своими эмоциями, умеет сдерживать желания, контролирует инстинкты. Походка энергичная, уверенная. За столом сидит спокойно. Физический труд выполняет охотно, энергично. Начатую работу доводит до конца. Склонен к занятиям физкультурой, спортом, к участию в подвижных играх, турпоходах и др. Возможна переоценка своих физических возможностей (особенно в подростковом возрасте). Мимика лица и жесты адекватны психоэмоциональному состоянию в тот или иной момент. Переход от состояния покоя к физической нагрузке и наоборот осуществляется легко. Речь у сангвиников спокойная, обычно громкая, быстрая, плавная, правильно построенная, характеризуется большим разнообразием речевых средств. На вопросы сангвиник отвечает сразу или после короткого обдумывания ответа, уверенно. Охотно вступает в разговор, однако умеет не только говорить, но и слушать других. Ре-

* Красногорский Н.И. Труды по изучению высшей нервной деятельности человека и животных. — М., т. I, 1954, с. 461.

ческое выражение эмоций сопровождается выразительной мимикой и активной жестикуляцией.

Сангвиник засыпает и пробуждается легко и быстро. Сон обычно глубокий и достаточно продолжительный. Он сохраняется таким даже в непривычных условиях, после пережитых днем стрессовых ситуаций.

Легко приспосабливается к изменяющимся условиям жизни. Общителен, быстро находит контакт с людьми, хорошо адаптируется в условиях детского дошкольного учреждения, к школе. В незнакомой обстановке не проявляет скованности или растерянности. Настойчив в преодолении трудностей (житейских, познавательных и др.).

Сангвиник выполняет умственную работу с большим желанием и упорством, если эта работа его интересует, увлекает. Если дело перестает быть интересным, он остывает к нему и может отказаться от него. Представители этого типа легко «входят» в работу, быстро осваивают новый материал, способны без большого труда переключить свое внимание с одного объекта на другой, проявляют смелость суждений, интерес к сложным задачам, новому материалу, нетерпимы к шаблонной работе. У сангвиников эмоциональные переживания яркие и глубоки, чувственная сфера характеризуется лабильностью, однако аффективные вспышки для них не характерны. Не свойственны им также обидчивость, упрямство, болезненное самолюбие. Вместе с тем, сангвиники склонны к легкой внушаемости, переоценке своей личности, критицизму, хвастовству [Краковский А.П.].

Гармоническое сочетание хорошей функции коры и подкорки у сангвиников — благоприятный фактор для всестороннего развития личности ребенка (интеллектуального, эстетического и др.) в условиях семейного и школьного воспитания.

Дети-сангвиники характеризуются обычно хорошим физическим здоровьем, на свою болезнь реагируют относительно спокойно, в больничной обстановке адаптируются быстро, болезненные диагностические и лечебные процедуры переносят терпеливо.

Для представителей флегматического темперамента характерна тенденция к спокойному образу жизни, рассудительность, сдержанность в проявлении эмоций, хороший контроль над последними со стороны коры большого мозга. Походка у флегматика обычно спокойная, неторопливая. Он может долгое время находиться за столом или в кровати в не-

подвижном состоянии. Движения рук плавные, замедленные. Предметы берет и кладет неспеша, делает это старательно, точно. Физические нагрузки выполняет охотно. Проявляет большую терпеливость и выносливость. В подвижных играх участвует не очень охотно, но если участвует, демонстрирует высокую результативность, настойчивость. Мимика лица и жестикация бедны. Переход от состояния покоя к физической нагрузке осуществляется в замедленном темпе. В равной мере это касается и обратного процесса переключения с работы на отдых. Речь замедленная, неторопливая, негромкая, правильная, иногда с паузами, не сопровождающаяся жестикацией и выраженной мимикой. Выбор речевых средств ограничен. На вопросы отвечает после паузы, неспеша, хорошо обдумывая ответ. Последний излагает спокойно, уверенно. В разговор флегматик вступает неохотно, предпочитает больше слушать и меньше говорить.

Характерна замедленность засыпания и пробуждения (особенно последнего). Сон обычно глубокий и достаточно продолжительный. Однако в непривычной обстановке он может нарушаться, особенно в своей начальной фазе (период засыпания). Выработанный динамический стереотип сохраняется стойко и перестройка его происходит медленно. Из-за инертности нервных процессов флегматик медленно включается в умственную работу, ему необходимо время для сосредоточения, концентрации внимания. С трудом он переключается с одного вида интеллектуального труда на другой.

Для флегматика характерна слабость эмоциональных переживаний, выраженная способность контролировать желания, влечения, порывы. Хотя внешнее выражение эмоций у флегматика обычно выражено неярко, чувства у них характеризуются нередко глубиной и постоянством.

В дошкольном учреждении и школе флегматики проявляют усердие и старания в приобретении знаний и умений, поэтому процесс обучения и воспитания их в условиях семьи и коллектива осуществляется благоприятно. Медленно, но без особого напряжения они приспосабливаются к новым условиям жизни, к посещению дошкольного учреждения и школы.

В процессе преодоления трудностей проявляют выдержку и внешнее спокойствие, терпеливость и выносливость, оптимизм, веру в благополучный исход дела. Вообще же дети-флегматики и подростки, как заметил А.П. Краковский, избегают конфликтов, а в конфликтной ситуации занимают пассивно-оборони-

тельную позицию. Они довольно равнодушно реагируют на критические замечания в их адрес и одобрение, дисциплинированы, с чувством ответственности относятся к порученному делу, не склонны к лидерству в коллективе, верховодству, хвастовству.

Стрессовые ситуации переносят без паники и аффектов, а если возникает срыв высшей нервной деятельности, то он протекает по психастеническому типу (это мнение И.П.Павлова). На свою болезнь и госпитализацию дети-флегматики чаще реагируют внешне спокойно, а болезненные и другие неприятные диагностические и лечебные процедуры переносят терпеливо, реагируют на них сдержанно.

Дети с холерическим темпераментом имеют следующие особенности двигательной активности, мимики, речи, сна, адаптации к новым условиям, интеллектуальной и эмоциональной сферы. Походка у них торопливая, «нервная». Движения рук быстрые, резкие, не всегда строго координированы. Предметы холерик не берет, а хватает, не кладет, а бросает. Сидя за столом или лежа в постели (в бодрствующем состоянии) часто меняет позу. Физические нагрузки (трудовые, спортивные и др.) выполняет в ускоренном темпе, порой без учета «резервов организма». С появлением первых признаков усталости часто бросает неоконченную работу. В подвижных играх участвует охотно, проявляя азартность и высокую активность. Отмечается явная склонность к переоценке своих физических возможностей. Мимика лица и жестикуляция рук оживленные, часто избыточные.

Характерна быстрая, торопливая, очень живая речь. Она может быть сбивчивой, непоследовательной: начатая фраза или высказываемая мысль внезапно обрываются. Отмечается недостаточная требовательность к выбору речевых средств. При резком преобладании подкорки над коркой речь становится упрощенной, грубой, вульгарной. Во время разговора холерик возбуждается легко и тогда его речь сопровождается очень оживленной мимикой и жестикуляцией.

В привычной обстановке ребенок спит глубоко и достаточно продолжительно. Однако при нарушении динамического стереотипа или при стрессовых воздействиях в дневные и вечерние часы легко нарушается фаза засыпания, сон укорачивается, становится поверхностным и прерывистым.

К новым условиям жизни, к посещению дошкольного учреждения и школы адаптируется быстро и легко. Человек с хо-

лерическим темпераментом прямолинеен, порой резок в общении с другими людьми. Трудности преодолевает активно, но когда истощаются силы, становится раздражительным, нетерпеливым, теряет веру в свои возможности. Повторные стрессовые ситуации могут быть причиной нарушения функции ЦНС с развитием истерических реакций, невроза и др.

Представители холерического темперамента способны увлекаться интересной умственной работой, отдаваться ей целиком, могут преодолевать значительные трудности на пути к намеченной цели. Однако при ухудшении настроения и самочувствия, появлении признаков усталости холерик быстро прекращает начатую работу, даже если трудовой потенциал еще не исчерпан. Лица с холерическим темпераментом негативно относятся к умственному труду, который требует монотонных и продолжительных интеллектуальных усилий и охотно берутся за такие задания, которые могут выполняться в быстром темпе и непродолжительно.

Эмоциональные переживания у представителей холерического темперамента характеризуются яркостью, живостью, продолжительностью. Наблюдаются признаки недостаточности контроля разума над чувствами, желаниями, влечениями, что выражается в поведенческой несдержанности.

При построении педагогических мероприятий в семье, детском коллективе (дошкольном и школьном), в условиях больницы необходимо принимать во внимание возможные разновидности психоэмоциональных и поведенческих реакций у детей-холериков, которые хорошо описал Н.И. Красногорский. Легче воспитывать и обучать так называемых темпераментных детей, близких к категории уравновешенных лиц, для которых характерны ускоренные речевые и двигательные реакции, эмоциональная лабильность.

Важной педагогической задачей при воспитании таких детей является выработка и закрепление у них тормозных реакций, формирование навыков сдерживания своих эмоций и желаний, умение терпеливо ждать.

Значительно труднее обучать и воспитывать так называемых трудных детей и подростков, весьма неуравновешенных, возбудимых, склонных к аффективным, а порой и агрессивным действиям.

Наконец, существует, по Н.И. Красногорскому, и третий вариант холерического типа детей и подростков, для воспитания которых надо применять особые приемы и подходы. У таких

лиц отмечается резкое преобладание подкорки над корой, выраженная власть эмоций и инстинктов в поступках. Для них характерны недисциплинированность, необузданность поведения, упрощенная, временами вульгарная речь. В школе и больнице такие дети грубо нарушают режим, постоянно затевают ссоры и конфликты с другими детьми и взрослыми.

У детей меланхолического темперамента наблюдаются следующие особенности поведения. Походка и другие движения тела у них неуверенные, замедленные. Поза за столом напоминает позу уставшего человека. В кровати ребенок долгое время может оставаться в неподвижном состоянии.

Физические нагрузки (трудовые, спортивные и др.) выполняют неохотно, вяло и при этом быстро устают. Отмечается склонность к недооценке своих физических возможностей.

Мимика лица и жестикуляция рук ограничены. Говорит меланхолик обычно тихо, медленно, старательно подбирая слова. Вступает в речевой контакт неохотно, предпочитая слушать других. Если его перебивают во время разговора, нервничает, легко отказывается от дальнейшей беседы. К выразительным средствам речи прибегает неохотно.

Сон меланхолика легко нарушается в непривычной обстановке и при воздействии даже слабых стрессовых раздражителей, сопровождается при этом неприятными сновидениями, становится тревожным, укорачивается. В оптимальной для ребенка обстановке сон сохраняется нормальным.

В общении с другими людьми меланхолик замкнут. К новым условиям жизни приспосабливается с трудом, в затруднительных ситуациях теряется, становится беспомощным. Стрессовые ситуации могут быть причиной не только сильного страха и возбуждения, но и возникновения реактивного невроза.

Умственная способность меланхолика во многом зависит от условий: в привычной и спокойной обстановке он проявляет высокий уровень интеллектуальной деятельности. При нарушении рабочего динамического стереотипа, ослаблении эмоционального тонуса, помехах со стороны умственная работоспособность меланхолика легко нарушается, уровень ее снижается или работа вообще прекращается.

Психический статус меланхоликов отличается эмоциональной реактивностью, глубиной и устойчивостью, слабым внешним выражением чувств. Отмечается склонность к глубокому переживанию таких жизненных ситуаций, которые не являются значительными.

В поведении подростков-меланхоликов, в их взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми людьми можно отметить склонность к уединению, повышенную обидчивость, обостренную реакцию на одобрение и порицание, настойчивость в своих претензиях, устойчивость в самооценке, верность в дружбе [Краковский А.П.].

Дети меланхолического темперамента склонны к срывам высшей нервной деятельности (неврозам), возникающим под влиянием таких стрессовых ситуаций, которые к подобным реакциям не приводят детей с сильными и уравновешенными нервными процессами.

Свою болезнь меланхолики переживают обычно глубоко и тревожно, к больничной обстановке адаптируются плохо, на неприятные диагностические и лечебные процедуры реагируют резко негативно, проявляя порой трудно преодолимую оборонительную психоэмоциональную и двигательную реакцию.

Приведенные нами характеристики типов высшей нервной деятельности необходимо знать всем медицинским работникам, чтобы правильно строить свои взаимоотношения с больными (особенно детьми), добиваясь скорейшего и наиболее полного их выздоровления.

ЗНАЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Педагоги и гигиенисты неоднократно отмечали, что в период бурного социального и научно-технического прогресса в жизни общества, в век акселерации необходима существенная перестройка воспитания детей и подростков в условиях семьи и школы. Основная цель такого воспитания—формирование здорового образа жизни, начиная с самого раннего возраста, гармоничное развитие интеллектуальных, духовных и физических качеств личности будущего гражданина.

В настоящее время актуальное значение придается повышению педагогических и гигиенических знаний родителей, от уровня которых зависит их умение правильно организовать быт и режим дня ребенка, его питания, труд, отдых, занятия физкультурой и спортом, закаливание и др.

Правильно поступают те родители, которые стремятся тесно увязывать трудовое и гигиеническое воспитание своих детей с нравственным и эстетическим.

Воспитание детей и подростков может достигать желаемой цели, если эта работа будет вестись в тесном взаимодействии родителей с педагогами, воспитателями дошкольных и медицинских учреждений.

Основу социальной структуры общества составляет ее первичная ячейка — семья. Уже с первых дней после возвращения матери с ребенком из роддома у врача-педиатра устанавливаются тесные и долговременные взаимоотношения со всей семьей.

Мать обращается к детскому врачу и медицинской сестре за советами по уходу и вскармливанию малыша, а также по вопросам его физического и гигиенического воспитания, вплоть до подросткового возраста.

Уже в раннем детском возрасте грубые дефекты воспитания детей в семье и детском коллективе могут вести к развитию срыва высшей нервной деятельности — неврозу.

К фоновым факторам, способствующим возникновению невроза у детей и тяжелому течению этого заболевания, многие авторы относят отягощенную беременность матери, патологическое течение родов, значительную частоту соматических и инфекционных заболеваний детей в возрасте до 3 лет, черепно-мозговые травмы, дефекты гигиенического воспитания, гиподинамию, недостаточное пребывание на свежем воздухе, индивидуальные особенности детского организма (включая типологические особенности личности), неправильное проведение диагностических и лечебных процедур, недооценку врачами необходимости использования всех возможных средств для борьбы с такими частыми и типичными симптомами соматических заболеваний, как волнение, боль, нарушение сна, несправедливое отношение взрослых к ребенку в условиях школы и семьи, педагогическую запущенность с элементами длительных психотравмирующих ситуаций, различные конфликтные ситуации в семье, антисоциальное поведение лиц, окружающих ребенка [Каневская Ф.О., Рохлин Л.Л., Шварцман Л.Л.; Беляева А.В.; Экелова-Багелей Е.М.; Вроно М.С.].

Многие из перечисленных выше фоновых факторов при неблагоприятной ситуации могут приобретать роль непосредственной причины возникновения невроза у ребенка.

Академик И.П. Павлов, создавший учение о неврозах, отмечал, что это заболевание развивается на почве перенапряжения возбуждательного или тормозного процессов, а также в результате их столкновения. Клинические проявления невроза многообразны — от самых легких до очень тяжелых.

Детские психоневрозы
никновения невроза
ЦНС у детей значи
тства: 3—4 года,
Н.В., Курашвили
тства оказывают
согненных воздейс
дагогам, врачам.
«Кризисные пе

ранимостью психо
щих обстоятельстве
реносить огромны
обучения в школе,
вые состояния пр
возможностей орга

В возрасте 11—
моциональная «пе
началом взрослени
нием адаптационны
новые стрессогенны

Становится пон
тства увеличивается
логия которых прям
от педагогической
резкостью педагога
ков и другими анти
торых прибегают не

Приведем приме
у детей.

Девочка 5 лет ох
находилась под присмо
нако случилось так, чт
отпуск, сменила другая,
злое, уже само по себе
было другое — новая
тей, резко одергивать их
очередной раз «разбуш
чальными — у девочки
утром у ребенка на поро
рез день у девочки начал
изнесенной мамой: «По

Детские психоневрологи пришли к выводу, что частота возникновения невроза и других функциональных расстройств ЦНС у детей значительно нарастает в «кризисные» периоды детства: 3—4 года, 6—7 лет, 11—15 лет [Ковалев В.В.; Рахадзе Н.В., Курашвили Н.Г.; и др.]. Эти «переломные» периоды детства оказываются наиболее «уязвимыми» для различных стрессогенных воздействий, о чем необходимо знать родителям, педагогам, врачам.

«Кризисные периоды» детства характеризуются повышенной ранимостью психоэмоциональной сферы детей в силу следующих обстоятельств. В возрасте 6—7 лет ребенку приходится переносить огромные адаптационные нагрузки в связи с началом обучения в школе, ломку установившихся стереотипов, стрессовые состояния при отсутствии достаточных компенсаторных возможностей организма и жизненного опыта.

В возрасте 11—15 лет происходит биологическая и психоэмоциональная «перестройка» детского организма, связанная с началом взросления, что осуществляется с большим напряжением адаптационных механизмов, необходимостью переживать новые стрессогенные ситуации.

Становится понятным, почему в «кризисные» периоды детства увеличивается опасность дидактогенных неврозов, этиология которых прямо связана со значительными отступлениями от педагогической этики, а конкретнее говоря, с грубостью и резкостью педагога, жестокими наказаниями детей и подростков и другими антипедагогическими приемами, к «помощи» которых прибегают невежественные или нравственно распушенные воспитатели дошкольных учреждений и учителя школ.

Приведем примеры возникновения дидактогенных неврозов у детей.

Девочка 5 лет охотно посещала детский сад, где она целый день находилась под присмотром доброй и ласковой воспитательницы. Однако случилось так, что эту воспитательницу, ушедшую в декретный отпуск, сменила другая, выражение лица которой, постоянно мрачное и злое, уже само по себе настораживало детей и их родителей. Но хуже было другое — новая воспитательница позволяла себе кричать на детей, резко одергивать их. Однажды во время приема пищи детьми она в очередной раз «разбушевалась», последствия этого были самыми печальными — у девочки (от страха) возникла рвота. На следующий день утром у ребенка на пороге детского сада рвота повторилась, а еще через день у девочки началась мучительная рвота дома после фразы, произнесенной мамой: «Пора собираться в детский сад». Врач-педиатр по-

советовал прекратить дальнейшее посещение детского сада и ребенок постепенно освободился от дидактогенного невроза.

Первоклассник за 5 мин до перемены попросился в туалет. Учитель резко сказал ему: «Потерпи, скоро перемена». Но мальчик не смог удержаться и стал мокрым. На следующий день и в дальнейшем появление этого учителя в классе вызывало у ребенка закономерную реакцию недержания мочи. Лечить ребенка пришлось с участием невропатолога.

Девочка-подросток отвечала у классной доски урок, но подготовилась слабо. Учитель химии унизил ее, она расплакалась и выбежала из класса. К следующему уроку химии школьница тщательно подготовилась, но ее усилия оказались напрасными: выйдя к доске, она не могла произнести ни одного слова, ибо невроз страха парализовал ее речь. Полученная двойка явилась дополнительным стрессом, который еще больше зафиксировал нервное потрясение школьницы. Родители вынуждены были перевести ее в другую школу и, к счастью, психическое здоровье девочки быстро пришло в норму.

Справедлив общеизвестный тезис о том, что воспитывать других может только человек воспитанный, прививать добро другим способен лишь тот, кто сам наделен этим качеством. Не вносит ли педагог-грубиян в неокрепшие детские и юношеские души начала озлобленности и черствости, которые в последующем могут трансформироваться в тяжелые моральные пороки взрослого человека.

Против недозволенных приемов наказания детей, запугивания, оскорбления и унижения их, резкого окрика и грубости возражали В.Г. Белинский, А.С. Макаренко, Я. Корчак и другие выдающиеся педагоги, психологи, писатели.

В частности, В.Г. Белинский писал, что стремление родителей вызвать в детях уважение к себе суровостью и резкостью приводит лишь к тому, что у них вырабатывается боязливое и холодное отношение к близким, привычка быть скрытным и лживым.

При физическом наказании малыша становится реальной возможность появления невроза из-за «сшибки» двух мощных эмоций: с одной стороны, любви ребенка к отцу и матери, а с другой — вспышки ненависти и страха, возникающих в эту минуту в душе ребенка.

Некоторые родители рассуждают примерно так: «Несильный шлепок вреда ребенку не принесет, а наказание такое эффективнее, чем обычное слово». Глубокое заблуждение! Ведь любое физическое наказание — не только насилие над ребенком, но и унижение его личности, удар по детскому самолю-

бию, оскорбление человеческого достоинства, которое зарождается уже в первые годы жизни.

Воспитание детей в атмосфере постоянной строгости и грубости нередко становится причиной развития у детей и подростков невроза, страха, ухода из дома, бродяжничества.

Психическая травма с последующими навязчивыми фобиями может возникать у детей раннего и дошкольного возраста в процессе и после просмотра кинофильмов и телевизионных передач с устрашающим содержанием, под влиянием сказок и рассказов, которые заставляют детей цепенеть от страха и ужаса. С этим надо считаться и не подвергать неокрепшую психику ребенка ненужным испытаниям и перегрузкам, которые могут привести к печальным последствиям.

Тяжелое потрясение для ребенка — распад семьи, смерть кого-либо из родителей или близких. Поэтому родители обязаны сделать все возможное, чтобы внутрисемейные драмы и трагедии как можно меньше травмировали ранимую психику ребенка, проявить максимум такта и усилий для антистрессовой защиты детского организма в экстремальных ситуациях.

К категории неврозов стрессогенного происхождения следует отнести неврогенные анорексии, которые рассматриваются как следствие запредельного торможения пищевого центра под воздействием сверхсильных раздражителей. К последним следует отнести приемы принудительного, насильственного кормления детей первых месяцев и лет жизни (особенно во время болезни или после нее, когда аппетит понижается).

В данной ситуации происходит ошибка положительной реакции (возбуждение пищевого центра в ответ на вид и запах пищи) и отрицательной (торможение пищевого центра) на акт насильственного кормления. Если насилие, сопутствующее кормлению ребенка, настойчиво повторяется, у малыша появляется развернутая картина невроза: один вид пищи вызывает у него бурную оборонительную реакцию (ребенок отворачивается от пищи, выплевывает ее, плотно закрывает рот, отталкивает руками чашку или тарелку). Одновременно могут появляться рвотные движения или сильная рвота, слюнотечение. Малыш кричит, краснеет, могут возникнуть и другие вегетативные реакции.

Основы воспитания ребенка закладываются в первые 5—7 лет жизни. Так полагал А.С. Макаренко и другие выдающиеся педагоги, в этом был глубоко убежден Л.Н. Толстой. Уже с первых дней после рождения ребенка родители окружают его заботой и вниманием, щедро дарят ему свою ласку и любовь.

Здесь родителей, и прежде всего мать, подстерегает «опасность» впасть в крайность — без всякой меры расточать свою нежность и проявлять любовь к ребенку в форме мгновенного удовлетворения не только естественных нужд и потребностей, но и необоснованных желаний и капризов.

Все это ведет к тому, что ребенок становится маленьким тираном, ибо в течение суток требует к себе внимания даже тогда, когда в этом нет необходимости и отрицательно реагирует на попытку матери не выполнить какой-либо его каприз (царапается, кусается, бьется головой о твердые предметы, бросается на пол и др.). Ребенок растет непослушным, упрямым, стремится делать все наоборот. Попытки наказать таких детей обычно успеха не приносят, наоборот, они усугубляют состояние нервозности, которое в последующем перерастает в развернутую картину невроза.

Воспитывая ребенка, родители должны развивать и укреплять тормозные реакции его нервной системы — прививать умение сдерживать себя, быть терпеливым, уравновешенным.

Процесс воспитания должен быть целенаправленным, например, если отец что-то запретил делать ребенку и этот запрет логичен по своему существу, его не должны отменять другие члены семьи (мать, бабушка, дедушка). Система единых требований взрослых в деле воспитания детей так же необходима, как и одинаково уважительные подходы к личности ребенка.

Уважать детей — это значит хорошо знать и удовлетворять их духовные и физические запросы, не ущемлять достоинство и самолюбие, бережно относиться к формирующейся личности. В тех семьях, где дети живут в атмосфере здорового психологического климата, разумной родительской требовательности, уважительного отношения к себе со стороны взрослых, формируется здоровая психика ребенка и подростка с адекватными реакциями на условия жизни.

Нервная система маленького ребенка еще не располагает хорошими тормозными «механизмами», поэтому малышу трудно подчиняться бесконечным запретам родителей и других членов семьи («нельзя», «не трогай», «не бери», «прекрати беготню» и др.). К тому же частые одергивания вступают в противоречие с неудержимым желанием малыша двигаться, действовать, познавать, проявлять инициативу и самостоятельность.

Если изо дня в день ребенок получает от родителей или других взрослых распоряжения и указания, которые являются непосильными или непонятными ему, малыш не выполняет тре-

бований взрослых и вполне обоснованно упрямится. Нельзя навязывать свои желания ребенку, не зная его возможностей, нужд, интересов, запросов, не понимая особенностей психоэмоциональной сферы малыша.

Ребенок нуждается в заботе, но она не должна перерасти в мелочную, надоедливую опеку. Детям необходимо внимание, но не такое, которое парализует их активность и самостоятельность. Детское упрямство выражается по-разному: у одних — упорным молчанием, замкнутостью, преднамеренной бездеятельностью, у других — бурным протестом, криком и др. Но все это у маленьких детей чаще носит неосознанный характер, однако не исключено, что позже такое поведение может стать привычным способом достижения желаемого. Если же ребенок продолжает упрямиться, можно применить один из приведенных далее педагогических приемов.

Прием первый. Не обращайтесь внимания на упрямство ребенка, оставьте его в покое, особенно если негативизм носит резко выраженные черты. Когда малыш успокоится, возобновите в спокойной форме требования и объясните, почему надо поступить именно так, а не иначе.

Прием второй. Постарайтесь переключить внимание ребенка на другой объект или вид деятельности. Это иногда помогает ослабить или даже устранить негативные реакции малыша.

Прием третий. Позвольте ребенку увидеть самому последствия его упрямства. Например, несмотря на возражения родителей, он не хочет отказаться от своего желания «изучить» устройство игрушечного автомобиля. В результате красивая движущаяся игрушка становится обезображенной и неподвижной. Непослушание малыша обернулось против него — он сам себя лишил удовольствия играть любимой машинкой.

Прием четвертый. Противопоставьте упрямству ребенка спокойную твердость. Это особенно важно, если требования ребенка противоречат здравому смыслу, наносят вред как ему самому, так и окружающим. Здесь твердое «нет» будет тем уместнее, чем единодушнее кажется линия поведения взрослых.

За последние десятилетия процесс психического и анатомо-физиологического развития детей во многих странах мира значительно ускорился. Явление это названо акселерацией и причинами его возникновения ученые считают научно-технический и социальный прогресс. Если говорить конкретнее — улучшение жилищных, бытовых, гигиенических условий жизни людей,

а также их питания, уменьшение тяжелых физических нагрузок, снижение уровня инфекционной заболеваемости, увеличение потока информации, совершенствование методов умственного и физического воспитания детей и молодежи, улучшение условий труда и отдыха и др.

Считают, что влияние акселерации обнаруживается уже при изучении внутриутробного развития плода, а также при наблюдении за детьми первого года жизни. Ускорение роста отмечено за последние десятилетия и у детей дошкольного и школьного возраста. Наряду с этим зарегистрировано ускоренное половое развитие.

Более раннее половое созревание рождает у подростков чувство «взрослости», накладывающее отпечаток на характер мышления, эмоции, поведение, отношение к лицам противоположного пола, к собственной внешности и др. Проблема полового воспитания детей усложняется тем, что еще недостаточно разработана методика его, мало к этому подготовлены родители и педагоги.

Умение владеть своими чувствами (в том числе и сексуальными) во многом зависит от нравственной зрелости личности. Следовательно, профилактика половой несдержанности у подростков, юношей и девушек находится в прямой зависимости от их умения управлять своими инстинктами, поэтому сегодня крайне необходима взаимосвязь нравственного и полового воспитания подрастающего поколения.

Недостатки нравственного, трудового, гигиенического воспитания детей и подростков создают реальную основу для развития у них вредных привычек, опасных для физического и психического здоровья растущего организма. К ним прежде всего необходимо отнести курение табака и употребление алкоголя.

Анкетный опрос многих тысяч взрослых курильщиков показал, что примерно 50% из них пристрастились к табаку в возрасте до 16 лет, а 15% мужчин начали курить в первые 10 лет своей жизни.

Следовательно, каждый второй курильщик стал таковым в детском или подростковом возрасте.

Что побуждает детей, подростков и юношей курить? Прежде всего — любопытство, желание походить на взрослых, подражать им.

Некоторые школьники видят в курении проявление «смелости», ложного чувства самоутверждения. Других привлекает

внешне «красивый ритуал» курения — ярко раскрашенная коробка с сигаретами, сам процесс закуривания, затейливое выпускание дыма изо рта и др. Хотя начинающие курить вначале испытывают крайне неприятные ощущения, вредная привычка все же быстро закрепляется и приобретает стойкий характер.

Начав курить, школьники нередко стремятся научить этому и своих товарищей, не отдавая себе отчет в пагубности такого пристрастия. К курению могут приобщаться не только подростки и юноши, но и девушки. Делают они это из кокетства и стремления подражать «моде». Некоторые юные курильщицы даже считают, что они с сигаретой во рту становятся какими-то особенными, оригинальными, привлекательными. В этот момент они совершенно забывают о том, что под влиянием курения тускнеют глаза, бледнеет и желтеет лицо, голос становится хриплым, зубы приобретают грязновато-желтый цвет, изо рта исходит неприятный табачный запах.

Курение вызывает в организме человека серьезные изменения жизненно важных систем — нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной. Глубоко нарушается при этом деятельность эндокринных желез, изменяется обмен веществ.

При химическом анализе табачного дыма в нем обнаружены более 30 ядовитых веществ — никотин, синильная кислота, окись углерода, мышьяк, аммиак, сероводород, окись азота и др. Особенно много в табачном дыме никотина, который во время курения быстро проникает в кровь и разносится по всему организму.

В США изучали влияние курения на состояние психики и поведение учащихся. Было выявлено, что курящие ученики отличаются грубостью, рассеянностью, нервозностью. У них ослабевают память и воля, ограничивается возможность выполнения повышенных умственных нагрузок.

Каждому известно, что длительное курение является причиной возникновения очень многих тяжелых, а порой и неизлечимых заболеваний (рак легких и гортани, слизистой губ и рта, хронический бронхит, гастрит, язва желудка и др.), но несмотря на это, расстаться с дурной привычкой многим оказывается не под силу. Победив же ее, человек тем самым доказывает возможность быть волевым и решительным.

Однако любую привычку легче предупредить, чем избавиться от нее. В профилактике пристрастия детей и подростков к табаку огромное значение имеет личный пример некурящих родителей и педагогов, их решительное «нет» всяким попыткам

детей и подростков начинать курить, аргументированное убеждение начинающих курильщиков и «кандидатов» в пагубности табачного влияния на растущий организм и дальнейшую жизнь.

В системе семейного и школьного воспитания важное место должно отводиться выработке у подрастающего поколения отрицательного отношения к алкоголю, одурманивающему психику человека, снижающему его умственную и физическую работоспособность, губительно влияющему на здоровье.

Анкетный опрос мальчиков 6—7 лет в детских садах Архангельска показал, что 97% из них уже знакомы с вкусом алкоголя и описывают его свойства. Что же будет с этими детьми дальше? Вопрос этот совсем не праздный, если учесть, что алкоголизм у подростков и юношей (как показывает опыт медиков-наркологов) развивается намного быстрее, чем у взрослых — иногда для этого достаточно 1—2 лет.

Очень быстро развивается пристрастие к алкоголю и у подростков, легко поддающихся соблазну поскорее стать «взрослым» и во всем (часто в плохом) подражать им.

Не секрет, что даже в «благополучных семьях» за праздничным столом маленьким детям взрослые нередко наливают «детское вино» (ситро, компот и др.) и они наравне со всеми поднимают свой бокал. Так, постепенно формируется положительная установка на хмельное застолье и готовность в недалеком будущем принять вместо «детского» настоящее вино. Нужно ли говорить, что подобные застолья ничего кроме вреда ребенку принести не могут.

Родители и педагоги на конкретных примерах и фактах должны убеждать детей и подростков насколько губительно действует алкоголь на растущий организм человека, на его возможности и резервы. Назидательные беседы и нравоучительные лекции в этом важном деле мало пригодны. Иногда хороший документальный фильм, раскрывающий отвратительную социальную и биологическую сущность пьянства и алкоголизма полезнее, чем длинная малоубедительная беседа или лекция с общими «установками».

В подростковом возрасте пропаганду здорового образа жизни следует тесно увязывать с проблемой самовоспитания, самоутверждения будущего гражданина, который уже на школьной скамье задумывается над выбором своего жизненного пути, своей жизненной позиции.

Нередко к употреблению алкоголя подростков подталкивает не только нездоровая микросоциальная среда, но и система-

тическое безделье, неумение организовать свой досуг, сделать его содержательным и интересным.

Семья может и должна постоянно заботиться об организации содержательного досуга детей и подростков, о привлечении их к общественно-полезному труду, к активным занятиям спортом и др. Это — важный резерв создания условий для здорового образа жизни подрастающего поколения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ, ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Многие соматические и инфекционные заболевания в детском возрасте сопровождаются симптомами нарушения функции центральной и вегетативной нервной системы, признаками расстройств психоэмоционального статуса и поведения ребенка или подростка.

Болезнь, особенно серьезная и длительная, резко меняет образ мыслей и мир чувств больного, нарушает обычный ритм его жизни. О постоянстве таких изменений в психологическом состоянии ребенка писали в своих трудах корифеи отечественной педиатрии Н.Ф. Филатов, А.А. Кисель, Г.Н. Сперанский, М.С. Маслов и др.

Особенно чувствительно ЦНС ребенка реагирует на соматические и инфекционные заболевания в раннем детском возрасте.

Так, при пневмонии у детей грудного возраста, даже если заболевание протекает в легкой форме, отмечаются признаки беспокойства, раздражительности, ослабление интереса к игрушкам, нарушение сна, понижение аппетита и др. Происходит нарушение высших (условнорефлекторных) механизмов адаптации детского организма к факторам внешней среды, что затрудняет уход за больным — его вскармливание, лечение требует сугубо индивидуального подхода к больному с тонким учетом состояния организма в целом и нервной системы, реакций на диагностические, терапевтические и другие воздействия.

Явные изменения состояния нервной системы и поведения маленького ребенка отмечаются при многих заболеваниях. Характер и степень их выраженности определяются не только возрастом, но и полом больного, типологическими особенностями нервной системы, этиологией и тяжестью течения заболевания, уходом, вскармливанием.

К факторам, оказывающим непосредственное влияние на ЦНС, изменяющим психическую и эмоциональную деятельность ребенка во время болезни, можно отнести следующие.

1. Неблагоприятное воздействие на нервную систему оказывают такие последствия нарушений деятельности организма, как гипоксия, интоксикация, аллергия, изменение кислотно-основного состояния, эндокринно-обменные нарушения, извращенные интерорецептивно-рефлекторные влияния пораженных тканей, органов и систем.

2. Отрицательно влияет на психику больного ребенка отрыв от семьи и школьного (или детского) коллектива в связи с госпитализацией, изменение режима дня, характера и объема трудовых процессов, обстановки и др.

3. Во время болезни на организм ребенка воздействует комплекс совершенно новых раздражителей (часто неприятных и болезненных), связанных с многочисленными диагностическими процедурами и лечебными мероприятиями.

У детей дошкольного и школьного возраста любое соматическое и инфекционное заболевание сопровождается неврологическими нарушениями, изменениями в настроении и поведении. Имеются, например, многочисленные данные о понижении умственной работоспособности, нарушении условнорефлекторной деятельности и функций анализаторов при ревматизме, хроническом тонзиллите, бронхиальной астме, заболеваниях печени, почек и других органов.

В связи с психическими и эмоциональными отклонениями больные с соматической патологией нуждаются в индивидуальном режиме не только физических, но и умственных, а также эмоциональных нагрузок, рациональной психотерапии.

Больной ребенок и подросток испытывают чувство страха, степень которого зависит не только от тяжести и характера болезни, но и от личности самого пациента, полученного воспитания и окружающей его микросоциальной среды и выражается различной реакцией на больничную обстановку, диагностические и лечебные процедуры, подготовку к операции и др.

Если дети раннего возраста часто кричат, плачут, мечутся, то дети школьного возраста (особенно подростки) внешне могут оставаться спокойными, скрывая сильные внутренние переживания.

Чего же боятся больные дети, которые могут уже ясно от-
дать себе отчет в том, какую опасность представляет для жизни и здоровья серьезная болезнь? Они боятся смерти, с ужасом

думают о возможной инвалидности, изоляции от коллектива, переживают, что не смогут заниматься любимым делом и спортом.

Выраженное чувство страха парализует волю, лишает способности логически мыслить, критически относиться к окружающему, адекватно реагировать на многие раздражители внешней среды и субъективные ощущения.

Болезнь ребенка, его госпитализация нередко оказывают сильное психотравмирующее влияние на родителей и родственников больного. Они иногда плохо скрывают свое настроение во время свидания или при контакте с ребенком, если он лечится дома.

Описаны случаи внушения родительской тревоги как здоровым, так и больным детям: при этом здоровые становились больными, а больные постоянно испытывали чувство страха, иногда трансформирующееся в различные неврозы (фобический, ипохондрический).

Сама по себе болезнь ребенка или подростка и сопутствующее ей изменение образа жизни часто обостряют его внимание к поведению врачей и других медицинских работников, к их действиям и словам, делают жизнь пациента полной тревоги и беспокойства. Разумеется, с этим следует считаться при оценке жалоб больного, сборе анамнеза, обследовании, проведении консилиума, осуществлении диагностических, лечебных и других процедур.

Чувство страха за свою жизнь и здоровье во время болезни нередко рождает у детей, особенно у подростков, острое желание получить от медиков какие-либо сведения о своей болезни, о том, насколько она опасна, как долго будет продолжаться, не отразится ли в будущем на занятиях спортом и др. Данную особенность психики больного нужно учитывать, когда речь идет о построении правильного лечебно-охранительного и психологического режима в детском отделении больницы.

Клинический опыт и данные литературы свидетельствуют о своеобразии психоэмоционального состояния больных с хроническими и неизлечимыми заболеваниями. Длительный стресс, обусловленный комплексом психотравм, вызванных действием самой болезни на нервную систему ребенка или подростка, а также продолжительная гиподинамия, множество диагностических и лечебных процедур (обычно болезненных или неприятных), ограничения, связанные с диетой, двигательной активностью, отсутствие долго ожидаемого положительного результата

от проводимого лечения являются причинами психической депрессии больного, его эмоциональной заторможенности, «ухода» в болезнь, твердого убеждения в неизлечимости ее, негативного отношения к медицине и медикам, а порой и ко всем окружающим. Для таких пациентов круг интересов и желаний суживается, все внимание их концентрируется на симптомах болезни: они прислушиваются к работе сердца, часто щупают пульс, с тревогой воспринимают и переживают болевые ощущения и другие признаки своего недуга. Даже в периоды облегчения состояния, тревога и беспокойство не покидают больного ребенка или подростка.

Возможен и другой вариант отношения к своей болезни лиц детского и подросткового возраста: пациенты всячески избегают говорить и думать о своих страданиях, негативно воспринимают повышенное внимание к себе со стороны медиков и близких, сохраняют оптимистическую убежденность в благоприятный прогноз, обязательное полное выздоровление и поэтому терпеливо, выносливо, мужественно переносят бесконечные инъекции и другие лечебные и диагностические процедуры.

Психика больных детей и подростков нередко травмируется в связи с предвзятым мнением и даже убеждением в том, что они страдают «неприличными» болезнями (гинекологические, урологические, проктологические) или такими, которые явно изменяют внешность не в лучшую сторону (выраженное ожирение, пигментные аномалии кожи и др.).

Особенно болезненно реагируют на подобные болезни подростки, которые обостренно воспринимают изменения своего тела и внешности в целом. Этим объясняется тот факт, что они крайне неохотно обращаются к врачам по поводу заболеваний мочеполовой сферы, прямой кишки, промежности, под разными предлогами уклоняются от своевременной информации родителей о своей болезни, что может стать причиной запоздалого распознавания ее.

У детей и подростков с тяжелыми врожденными пороками развития и приобретенными деформациями черепа, лица, конечностей, позвоночника, с недостаточностью слуха, зрения, речи может развиваться аутизация личности, т. е. уход в мир глубоких и скрытых переживаний, стремление к уединению, нежелание контактировать с другими детьми, а иногда и со взрослыми.

Формированию патологических черт личности в подобных ситуациях способствуют неправильные действия родителей, который чрезмерно опекают детей с указанными выше заболева-

ниями, ограничивают их физические нагрузки без достаточных оснований, не создают условий для трудотерапии, игнорируют возможности психотерапии, не скрывают огорчений и личных переживаний из-за болезни сына или дочери, искусственно ограничивают их активность и самостоятельность. На таком фоне у больных появляются застенчивость, робость, пугливость, ограничение интересов, обидчивость, неуверенность в своих силах и возможностях, эгоистические склонности, ослабляется воля и активность в борьбе с недугом.

Личностная реакция больного на его болезнь зависит от типа высшей нервной деятельности (темперамента): особенно обостренно переживают свою болезнь подростки-меланхолики. У них нередко наблюдаются не только тягостные переживания, связанные с болезнью, но и паническое состояние, резкая лабильность настроения, категорический отказ от диагностических процедур и лечения. Больные-сангвиники и флегматики относятся к своей болезни внешне спокойно, адекватно реагируют на контакты с медицинскими работниками, обнаруживают готовность выполнять их назначения, относительно терпеливо переносят вынужденные ограничения (двигательные, диетические и др.).

Больные с холерическим темпераментом реагируют на болезнь крайне негативно, стараются заглушить свою душевную тревогу дерзкими поступками, напускной резкостью и грубостью, часто нарушают больничный режим.

К нежелательным психоневрологическим изменениям, нарушению поведения ребенка, его реакций на внешние и внутренние раздражители могут также приводить вводимые в организм лекарства.

При изучении влияния кортикостероидов, назначаемых с лечебной целью, на психику и поведение детей раннего и дошкольного возраста обнаружены такие побочные явления (по данным оценки неврологических сдвигов), как дрожание рук, повышенная суетливость, нарушение сна (затрудненное засыпание, ночные страхи, беспокойство, у некоторых больных — хождение во сне); некоторые дети отказываются от занятий с педагогами, страдают повышенной умственной и физической утомляемостью [Бурмистрова Н. Н.].

Аналогичные психоэмоциональные и поведенческие реакции у детей под воздействием глюкокортикостероидов наблюдала И.М. Перелыгина. По данным этого автора, невротические реакции на стероидные препараты (особенно преднизолон и ур-

базон) возникают у 15% больных и нередко проявляются беспричинной плаксивостью, агрессивными действиями со стороны детей и подростков, потерей контроля над своими поступками. Долг врача и педагога — успокоить ребенка в подобной ситуации, помочь восстановить нормальные взаимоотношения с окружающими, при необходимости назначить седативные средства, стараться предупредить стрессогенные влияния.

Подростки с тревожным чувством относятся к появлению у них синдрома кушингоидизма, который у части пациентов довольно быстро возникает под влиянием глюкокортикостероидных препаратов. Хотя подростки при этом внешне не проявляют своего беспокойства, им необходимо разъяснить, что состояние ожирения лекарственного происхождения и носит временный, обратимый характер, поэтому к нему надо относиться спокойно.

Применение седативных, антигистаминных и некоторых других аналогичных препаратов обуславливает развитие у незначительной части детей состояния сонливости, вялости, заторможенности. При этом у больных притупляется внимание, ослабевает память. Данное обстоятельство надо принимать во внимание при организации учебных занятий и игр с больными детьми — временно освобождать их от выполнения уроков, ограничивать игровые нагрузки, осуществляемые с активизацией внимания, памяти, мышления.

Стрессогенным фактором, вызывающим глубокие психологические, эмоциональные, физиологические и биохимические изменения в детском организме, является боль. При многих острых и хронических заболеваниях ребенка и подростка она выступает как симптом и, долго не прекращаясь, может изменять настроение, поведение, сон, аппетит больного, стать причиной дезорганизации жизненно важных функций организма, истощения его нервной системы.

Боль, вызванная самой болезнью, нередко дополняется комплексом болевых воздействий диагностического и лечебного характера (заборы крови для анализов, диагностические пункции, инъекции, инфузии, оперативные вмешательства и др.).

Психоэмоциональные и поведенческие реакции детей и подростков на боль зависят не только от ее силы и продолжительности, но и от исходного состояния нервной системы больного, от обстановки, в которой он находится.

В целях ослабления и снятия боли как мощного стрессогенного фактора, в стационарах применяют не только анальгезирующие лекарственные и физиотерапевтические средства, но ис-

пользуют и психотерапевтические, педагогические приемы, от целенаправленности которых во многом зависит восстановление нормального психоэмоционального статуса и поведения больных детей и подростков.

Врачу-педиатру важно уметь правильно разбираться в том, каковы индивидуальные реакции больного ребенка или подростка на свою болезнь, насколько глубоко они изменяют психоэмоциональное состояние пациента, его мышление и поведение. Без этих сведений врач не сумеет правильно построить свою программу психологической защиты больного от комплекса стрессогенных воздействий в условиях стационара и при лечении на дому, не сможет эффективно мобилизовать «нервные ресурсы» ребенка или подростка на борьбу с соматическим или инфекционным заболеванием.

Угнетающее влияние на психоэмоциональное состояние детей оказывает длительное пребывание их на больничной койке при отсутствии стабильных положительных эмоций, холодное отношение медицинского персонала, а также обилие стрессогенных диагностических и лечебных процедур. Такое состояние определяется термином «госпитализм». Оно вызывает негативную реакцию ребенка или подростка на всю больничную обстановку и медицинский персонал, которая может перерасти в состояние бурного протеста с агрессивными актами, злобными бессмысленными поступками, побегами из больницы и др.

В медицинской литературе «госпитализм» рассматривается как комплекс неблагоприятных факторов больничной обстановки (психологических, гигиенических, организационных и др.), оказывающих отрицательное воздействие на состояние больного при длительном пребывании его в стационаре. Под влиянием многомесячного нахождения в больнице ребенка раннего возраста у него может наблюдаться задержка физического и психического развития организма, появление симптомов неврозоподобного состояния.

К ранним признакам госпитализма у детей дошкольного и школьного возраста относят следующие: ребенок становится угрюмым, замкнутым, молчаливым, раздражительным, негативно реагирует на болезненные диагностические и лечебные процедуры, при встрече с родителями сильно возбуждается и настаивает, чтобы его «забрали домой», а при расставании с ними плачет, кричит.

Под влиянием тяжелой и продолжительной болезни, особенно, если она нарушает функцию нервной системы, происходит ослабление или даже утрата приобретенных навыков и уме-

ний: ребенок перестает самостоятельно принимать пищу, сидеть, стоять, ходить, не может осуществлять действия по самообслуживанию, выполнять обычные гигиенические процедуры, теряет способность читать, рисовать, говорить. Сочетание физической беспомощности с полным сохранением сознания и мышления рождает у некоторых детей чувства растерянности, отчаяния, безнадежности. Такой контингент больных особенно нуждается в поддержке и помощи педагогов и медицинских работников, в утешении и ободрении, в повышенной антистрессовой защите нервной системы с помощью рациональных приемов психопрофилактики и психотерапии.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АНАМНЕЗА В ПЕДИАТРИИ

Анамнез — обязательная составная часть комплексного обследования больного, которая построена на основе опроса самого пациента, его близких и изучения медицинской документации. Цель его — получить совокупность сведений о развитии заболевания и о самом больном. Анамнестическая информация имеет важное значение для установления диагноза, решения конкретных вопросов лечения и профилактики, определения прогноза заболевания.

В педиатрии анамнез имеет свои особенности, поскольку детский врач часто лишен возможности опрашивать маленького пациента и вынужден обращаться за помощью к его родителям или другим окружающим ребенка лицам.

Целесообразно сведения о болезни и больном получать в следующей последовательности: регистрационные (паспортные) данные; жалобы больного; история настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*); история жизни больного (*Anamnesis vitae*).

На первый взгляд кажется более логичным вначале расспросить больного ребенка и его родителей об истории жизни пациента, а затем приступить к сбору сведений о жалобах и истории болезни. Однако этические и чисто практические соображения диктуют врачу необходимость собирать сведения о болезни и жизни больного именно так, как предложено выше.

Действительно, родители тяжело больного ребенка совсем не поняли бы врача-педиатра, если бы с первых минут контакта с ним пошел разговор не о болезни, а об истории жизни пациента. Такой подход к анамнезу выглядел бы совсем нелепым в

ситуации, связанной с оказанием больному ребенку безотлагательной, срочной медицинской помощи.

Совокупность сведений о жалобах, истории заболевания и жизни пациента позволяют врачу составить «медицинскую биографию» больного, которая затем дополняется непосредственным объективным обследованием пациента при помощи общеклинических и специальных диагностических методов.

Важнейшее условие, определяющее успех сбора анамнестических сведений в педиатрии, — тщательно продуманная и правильно выбранная форма общения врача с пациентом (ребенком или подростком), а также его родителями и близкими.

Правильный этико-психологический подход к ребенку строится с учетом его возраста, характера и тяжести заболевания, особенностей темперамента, условий жизни и воспитания, психоэмоционального состояния в момент обследования.

Дети школьного возраста могут предоставить врачу много ценных анамнестических сведений, которые обычно дополняются информацией со стороны родителей. Собирать анамнестические сведения от взрослых о присутствии впечатлительных и невропатических детей дошкольного возраста не следует.

При сборе анамнеза болезни и жизни ребенка раннего возраста необходимо присутствие родителей, и, прежде всего — матери, так как врача часто интересуют данные о ее здоровье, течении беременности и родов, о характере вскармливания на первом году жизни и др.

Беседу с подростками, когда разговор касается вопросов, связанных с половым воспитанием, необходимо проводить с особой осторожностью и тактичностью. Это относится и равной мере и к мальчикам, и к девочкам. Здесь неуместны чрезмерно «прямолинейные» вопросы, фамильярность, двусмысленные шутки.

Если состояние больного тяжелое (речь идет о детях дошкольного и школьного возраста), а врачу надо получить от пациента сведения, которые не могут дать родители или родственники, просят отвечать на вопросы односложно («да», «нет») или знаком (например, движением век или головы). Чаще такая необходимость возникает при уточнении жалоб.

Хотя анамнестические данные врач собирает, как правило, при первом общении с больным, впоследствии они могут быть расширены и уточнены. Подобная необходимость возникает обычно в тех случаях, когда по какой-либо причине в приемном отделении анамнестические сведения не были собраны с доста-

точной полнотой или в процессе лечения врачу надо получить дополнительную информацию, касающуюся некоторых сторон развития болезни и ее лечения на догоспитальном этапе.

Методика опроса больного и его близких в зависимости от конкретных условий может быть разной. Допустимы следующие формы сбора анамнестических сведений: больному и сопровождающим его лицам предоставляется полная свобода в изложении анамнестической информации; предложив пациенту и его близким рассказать о болезни, врач в ходе беседы задает ряд вопросов с целью уточнения и расширения получаемых анамнестических сведений; анамнез собирается с самого начала при помощи серии вопросов врача и ответов на них больного ребенка и сопровождающих его лиц.

Та или иная форма опроса определяется конкретными условиями, особенностями обстановки, в которой осуществляется процедура начального обследования пациента. Чаще всего в педиатрической практике используется беседа-расспрос: пациенту и его близким дают возможность полностью высказаться, а затем осторожно, продуманно задают вопросы, формулируя их так, чтобы они были предельно ясными, не настораживали и не беспокоили больного и его родителей.

Некоторые больные дети, а чаще их родители, страдают многословием, взволнованы и возбуждены и поэтому не могут говорить ровно и спокойно, проявляют торопливость и нервозность в изложении сведений о болезни и причинах, их породивших. В такой ситуации врач не имеет морального права прерывать рассказ пациента или его близких, даже если он насыщен множеством несущественных подробностей и сведений, не имеющих никакого отношения к анамнезу. Надо, сохраняя внешнее спокойствие, направить разговор в необходимое русло, корригируя его с помощью точно поставленных вопросов.

Многие известные отечественные педиатры и терапевты подчеркивали, что уже в начале обследования больного он сам пристально изучает врача. Это целиком относится и к родственникам пациента, его родителям. Следовательно, в ходе сбора анамнестических сведений врачу надо тщательно контролировать не только свои слова, но и выражение лица, интонацию, действия и поступки.

Врач может нанести психическую травму больному и его близким не только грубым словом, неосторожным вопросом, но и угрюмым молчанием, мрачным видом, загадочной задумчивостью. Об этом нельзя забывать и другим медикам, которым

приходится участвовать в обследовании больного (фельдшерам, медицинским сестрам).

Если сбор анамнеза построен правильно, не вызвал негативных реакций со стороны ребенка и сопровождающих его лиц, то создаются необходимые условия для перехода от субъективного обследования пациента к объективному. Такой переход еще более облегчается, если врачу удалось расположить к себе ребенка и его близких, завоевать их симпатии.

От сбора анамнеза к объективному клиническому обследованию пациента опытный педиатр переходит незаметно, так как во время беседы он уже успел многое заметить в поведении ребенка или подростка, в выражении его лица, позе, реакциях на речевое общение и окружающую обстановку, состоянии опорно-двигательного аппарата, доступных осмотру кожных покровов, слизистых оболочек и др.

Важной составной частью комплексного обследования каждого больного (в стационаре, поликлинике, на дому) является выслушивание жалоб. Изучение их осуществляется двумя способами: больной ребенок, его родители или родственники самостоятельно рассказывают о тех или иных признаках болезни; опрос ведет врач, что позволяет ему углубить и детализировать информацию, имеющую отношение к жалобам.

Дети раннего возраста практически не в состоянии выразить свои ощущения, связанные с болезнью. Однако врачу не следует пренебрегать теми сведениями, которые представит ребенок 2—3 лет, когда его спросят: «Что у тебя болит?». Сведения, получаемые от детей дошкольного возраста, также нередко имеют важное значение для оценки жалоб, однако относиться к ним следует осторожно, ибо дошкольник в силу недостаточного жизненного опыта, слабо развитого умения анализировать и оценивать свои новые и непонятные ощущения, вызванные болезнью, может направить диагностические размышления врача по неправильному пути. Дети школьного возраста излагают свои жалобы обычно точно и конкретно, поэтому они имеют важное диагностическое значение.

Родителей также необходимо расспросить о том, что беспокоит их в поведении и состоянии больного ребенка. В истории болезни врач формулирует жалобы в сжатой и конкретной форме, не упоминая о возможных причинах их возникновения, приведенных родственниками; и обязательно отмечает, кто предоставил эту информацию (мать, отец, бабушка и т. д.);

Врача-педиатра не должно смущать то обстоятельство, что иногда родители не в состоянии конкретно и связно изложить жалобы. В подобной ситуации врач обязан взять инициативу на себя и с помощью вопросов получить хотя бы приблизительные сведения о характере жалоб.

Приступая к сбору сведений об анамнезе болезни, врач должен объяснить больному и его близким, в какой последовательности необходимо вести рассказ, например: как и когда началась болезнь, место, причины и условия ее возникновения, как протекало заболевание, какое проводилось лечение и было ли оно эффективным.

При сборе анамнеза болезни врач использует кроме сведений, которые сообщают больной ребенок и его родители медицинские документы, помогающие точнее проследить за динамикой заболеваний: выписки из истории болезни, данные лабораторных, рентгенологических и других исследований, которые проводились раньше, заключения консультантов и других специалистов.

Если больной, ранее лечился в данном медицинском учреждении (больнице, санатории), то из архива следует извлечь его прежнюю историю болезни и внимательно ее изучить. Такой комплексный подход к анамнезу болезни ребенка позволяет врачу получить всестороннее представление об особенностях течения болезни, проводимом лечении и его эффективности.

Это особенно необходимо, если врач приступает к лечению ребенка, страдающего хроническим заболеванием, который неоднократно и подолгу находился в разных лечебных учреждениях, много раз был консультирован и всесторонне обследован.

В процессе сбора анамнеза болезни педиатр обязан из многочисленных сведений, получаемых из разных источников, выбрать главное, уметь быстро и логично сопоставить результаты опроса больного ребенка и его родителей с итогами медицинских обследований, делать правильные (хотя и предварительные) диагностические выводы и заключения.

Не следует идти «на поводу» у родителей больного ребенка, которые нередко в своем повествовании о болезни их сына или дочери делают акценты на несущественные детали и упускают из виду важные моменты возникновения и развития болезни. Именно поэтому при опросе больного ребенка и его родителей врачу необходимо стремиться опираться на рабочую гипотезу, руководствоваться определенной идеей, хотя это и не всегда возможно.

Характер заболевания во многом определяет специфику плана, в соответствии с которым врач собирает анамнез болезни. Так, при соматических заболеваниях, протекающих с преимущественным поражением дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, выделительной систем, проводится расспрос о той из них, которая больше нарушена. Поэтому есть основание говорить о функциональном или системном анамнезе.

Определенным своеобразием характеризуется анамнез болезни при поражениях нервной и эндокринной систем у ребенка, аллергических, наследственных и инфекционных заболеваниях в детском возрасте. Если у врача уже при первом общении с больным есть достаточные основания думать о наличии какого-либо конкретного соматического, нервного или инфекционного заболевания, целесообразно с самого начала учитывать его характер. Разумеется, при этом принимается во внимание возраст пациента и другие факторы, влияющие на возникновение, течение и исходы болезни.

Некоторые особенности присущи методике сбора анамнестических сведений при инфекционных заболеваниях. Речь идет не только об анамнезе болезней, вызванных детскими инфекциями (корь, скарлатина и т. д.), но и при многих других заболеваниях, возбудителями которых являются вирусы, микробы, патогенные грибы и паразиты. Анамнез болезни при любом инфекционном заболевании должен содержать сведения эпидемиологического характера и данные о возникновении и течении патологического процесса, с учетом субъективных и объективных клинических проявлений.

Эпидемиологический анамнез дополняется при этом сведениями иммунологического порядка — выясняются данные о проведенных профилактических прививках, перенесенных инфекционных заболеваниях, оставляющих после себя стойкий иммунитет, биологических пробах (реакции Манту, Шика и др.).

У лиц, сопровождающих госпитализируемого ребенка должна быть справка о благополучии эпидемиологической обстановки по месту жительства и в учреждении, где воспитывался и обучался ребенок (ясли-сад, дом ребенка, школа, интернат, детский дом и др.). В направлении желательно указывать детские, инфекционные заболевания, которые перенес госпитализируемый ребенок или подросток (эти данные представляют немаловажное значение в тех случаях, когда его доставляют в больницу не родители, а родственники, медицинские работники, воспитатели или другие лица).

В процессе сбора эпидемиологического анамнеза необходимо выяснить, общался ли ребенок с инфекционными больными дома, в детском учреждении, поликлинике, в местах общественного пользования, в дороге и др. При этом следует учитывать, что родители и родственники больного ребенка не всегда достаточно осведомлены о случаях инфекционных заболеваний в детском учреждении, которое посещает ребенок, поэтому в случае необходимости врач должен получить уточненные сведения эпидемиологического характера в этом учреждении или в районной санэпидстанции.

Если врач располагает неполными или сомнительными данными эпидемиологического анамнеза, ребенка оставляют для патронажного обследования по месту жительства или госпитализируют в бокс на 3 нед, проводят за ним тщательное наблюдение.

Собрать эпидемиологический анамнез полностью — это значит учесть не только контакты ребенка с явно инфекционными больными, но выяснить возможность его заражения от бактерионосителей, лиц со стертыми формами инфекций, а также животных. При этом уделяется внимание таким каналам передачи инфекции, как зараженная пища и вода, игрушки, предметы ухода и другие вещи, с которыми соприкасался инфицированный больной.

Особая настороженность со стороны врача необходима при сборе эпидемиологического анамнеза у детей, недавно приехавших из других населенных пунктов.

При госпитализации ребенка в стационар с любым заболеванием (инфекционным, соматическим, нервным, психическим) необходимо тщательно собрать эпидемиологический анамнез. Неукоснительное выполнение этого условия является необходимой гарантией эффективной профилактики внутрибольничных инфекций.

Составляя фармакологический анамнез, врач выясняет, какие лекарства принимал больной ребенок ранее, назначались ли они врачом или применялись по собственной инициативе родителей, возникали или нет аллергические реакции на фармакологические средства, уточняет дозировку препаратов и степень эффективности лекарственной терапии.

Большую часть сведений для составления фармакологического анамнеза врач получает из разговора с родителями больного ребенка и выписки из амбулаторной карты или истории

за необходи-
и больными
обществен-
т учитывать,
е всегда до-
болеваний в
, поэтому в
ненные све-
дении или в
тельными дан-
авляют для
или госпита-
льное наблю-
стью — это
инфекцион-
нения от ба-
ций, а также
налам пере-
ки, предме-
инфициро-
ходима при
но приехав-
бым заболе-
сихическим)
ий анамнез.
тятся необхо-
рибольнич-
ясняет, ка-
значались
циативе ро-
на фарма-
атов и сте-
макологиче-
елями боль-
ли истории

болезни, если пациент переводится из одного лечебного учреж-
дения в другое.

Хорошо собранный фармакологический анамнез имеет важ-
ное практическое значение для составления плана дальнейшего
лечения больного, позволяет отказаться от назначения тех ле-
карственных средств, которые ранее оказались неэффективны-
ми или вызывали побочные реакции.

В тех случаях, когда приходится сталкиваться с неизлечи-
мыми или хроническими заболеваниями, необходима правиль-
ная оценка врачом отношения к болезни самого ребенка и его
близких. Это позволяет выработать верный комплекс психоте-
рапевтических и психопрофилактических мер, направленных на
сохранение и укрепление психического здоровья пациента и его
близких, целенаправленно заботиться о коррекции нежелатель-
ных реакций со стороны больного ребенка и его родителей.

Приступая к сбору сведений об истории жизни ребенка,
врачу также необходимо придерживаться определенной такти-
ки. Физическое и психическое здоровье ребенка, его благопо-
лучие на всех этапах жизни во многом зависят от состояния
здоровья родителей, особенностей течения беременности и ро-
дового акта, влияния наследственных факторов.

Нарушения нормального развития и жизнедеятельности ор-
ганизма во внутриутробном периоде его жизни могут стать при-
чиной мертворождения, врожденных пороков развития и других
врожденных заболеваний у детей, которые проявляются в пери-
оде новорожденности или значительно позже.

Начинать сбор анамнеза жизни ребенка наиболее целесооб-
разно с того, как протекали беременность и роды матери, со
сведений о ее здоровье. Не страдает ли нервными, эндокринны-
ми, сердечно-сосудистыми, почечными или другими заболева-
ниями? Не обострялись ли хронические болезни (если они име-
ются) во время беременности? Не переносила ли гинекологиче-
ских заболеваний? Не болела ли во время беременности вирус-
ными и другими инфекционными заболеваниями? Если да, то
следует уточнить сроки их возникновения (особую опасность
для будущего ребенка представляет краснуха и другие вирус-
ные инфекции, переносимые женщиной в первые два месяца
беременности).

Необходимо уточнить, в полной ли мере беременная жен-
щина пользовалась льготами, предусмотренными законодатель-
ством: использовала ли (и как) декретный дородовой отпуск,
была ли освобождена от таких видов деятельности, которые

могут неблагоприятно сказаться на ее здоровье и здоровье будущего ребенка (контакты с вредными химическими веществами на производстве, поднятие тяжестей, работа в ночную смену и др.)?

Врач обязан получить ответы и на другие вопросы. Соблюдали ли беременная режим дня? Достаточно ли пребывала на свежем воздухе? Хорошо ли отдыхала, спала? Полноценно ли питалась во время беременности? Не подвергалась ли каким-либо психотравмирующим воздействиям в быту и в рабочем коллективе? Не было ли физических травм? Употребляла ли алкоголь, курила ли во время беременности?

Важно также уточнить — принимала женщина во время беременности лекарства (антибиотики, гормональные, снотворные и другие препараты) или нет? Если принимала, то в какие сроки беременности, по поводу чего, кто их назначал?

Следует получить сведения о здоровье отца ребенка, выяснить условия его профессионального труда и образ жизни, уточнить, не страдает ли он пристрастием к употреблению алкоголя и курению?

Информацию о родах врач получает из разговора с матерью и из паспорта новорожденного ребенка, выдаваемого родильным учреждением. При этом необходимо иметь следующие сведения.

1. Доношенным или недоношенным родился ребенок (если недоношенным, то отмечают время недоношенности, а также предлагаемые причины), при этом указываются масса тела и рост при рождении.

2. Быстрые или затяжные были роды. Применялись или нет при затяжных родах медикаментозная стимуляция и инструменты для родоразрешения (щипцы и др.).

3. В головном, тазовом или ножном предлежании родился ребенок.

4. Сразу после рождения закричал ребенок или он родился в асфиксии и закричал лишь после принятых мер? Если имеется указание на то, что ребенок родился в асфиксии, то надо уточнить, какой она была — белой или синей, каким был крик после оживления — слабым или громким.

Следующий этап сбора анамнеза жизни ребенка касается периода новорожденности. На этом этапе от матери желательно получить следующую информацию.

1. Когда ребенок был приложен к груди, сразу ли он взял грудь и активно ли сосал, как кормили его в родильном доме и после выписки из него в течение периода новорожденности.

2. Когда у ребенка появились различные двигательные навыки (начал держать голову, сидеть, стоять, ходить), первые зубы (сколько их было к концу первого года жизни), какой оказалась динамика прибавки массы и роста.

3. Социально-бытовые и санитарно-гигиенические условия жизни семьи, в которой воспитывался ребенок, качество ухода за ним.

4. Посещает ли ребенок дошкольное учреждение или воспитывается только в домашних условиях, какой у него режим дня, правильно ли организуется его дневной и ночной сон.

5. Делались или нет ребенку профилактические прививки и сопровождались ли они аллергическими реакциями (если прививки не производились, надо указать причину).

6. Какие болезни перенес ребенок на первом году жизни (в легкой или тяжелой форме они протекали, госпитализировался ли больной).

Сбор анамнестических данных о жизни ребенка в последующие годы (после грудного возраста) проводится по общепринятой форме: регистрируются сведения о динамике психического и физического развития ребенка, воспитании и условиях окружающей среды, питании, перенесенных заболеваниях.

Комплекс сведений о жалобах, анамнезе болезни и жизни ребенка позволяет врачу сформулировать предварительный диагноз, на основе которого строится план дальнейшего объективного обследования больного с использованием общеклинических и специальных методов диагностики.

В каждой истории болезни ребенка или его развития должны быть четко сформулированы паспортные (регистрационные) данные. Эти сведения имеют не только формальное значение, но облегчают врачу решение некоторых вопросов, имеющих прямое отношение к оценке особенностей возникновения и течения заболевания, позволяют косвенно судить об условиях жизни ребенка, материальной обеспеченности семьи, дают возможность медикам устанавливать оперативные контакты с родителями, если в этом возникает необходимость, а также получать дополнительные сведения о ребенке из тех детских учреждений, которые он посещает. Кроме того, по регистрационным данным можно ориентировочно судить о возможности неблагоприятного воздействия на организм ребенка ряда факторов риска. Последними могут быть немолодой возраст родителей к моменту рождения ребенка, работа их на предприятиях, где имеются профессиональные вредности, неудовлетворительные материальные и бытовые условия, кровное родство матери

и отца, рождение ребенка в местности, характеризующейся экстремальными условиями жизни (отдаленные районы севера) или эндемическими заболеваниями.

Если в больницу вместе с ребенком помещают мать, то в регистрационной части истории болезни об этом делается отметка и указывается номер больничного листа, выдаваемого матери.

На титульном листе истории болезни приводится точная дата выписки ребенка из стационара или его смерти, а также число проведенных койко-дней. Следует здесь же разборчиво написать фамилию и инициалы лечащего врача. В том случае, если лечением занимались несколько врачей, надо привести на титульном листе их фамилии, указав против каждой из них сроки (даты), соответствующие времени, которое затратил каждый врач на обследование и лечение больного.

ДЕОНТОЛОГИЯ И ЭТИКА ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА И ПОДРОСТКА. ВРАЧЕБНЫЙ ОБХОД

Врачу-педиатру приходится проводить общеклиническое объективное обследование детей самого разного возраста — от периода новорожденности до 14 лет (в школах — старше). Для успешного решения этой задачи врачу необходимо не только в совершенстве владеть клиническими методами исследования (методикой осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации), но строго придерживаться определенных этико-деонтологических принципов.

При объективном клиническом обследовании ребенка руки врача, стетоскоп, одежда должны быть непременно теплыми и чистыми, а прикосновения к телу маленького пациента — осторожными, нежными. Не следует проводить обследование больного в помещении с прохладным воздухом, на незастеленной кушетке или использовать несвежую простыню.

Маленьких и капризных детей лучше обследовать на руках у матери или так, чтобы мать придерживала ребенка, прикасалась к нему или хотя бы находилась рядом. Это логично, если учесть, что дети сохраняют сильную, постоянную и непосредственную привязанность к родителям, особенно к матери, и рядом с ней чувствуют и ведут себя спокойнее.

В жизни малышей значительное место занимают игры и игрушки, поэтому, обследуя ребенка раннего возраста, его внимание можно отвлечь яркой игрушкой. Контакт с детьми можно

добиться при помощи расспроса о том, какие у них имеются игрушки, каких они знают животных, есть ли у них машины, самолеты и др.

Процедура снятия одежды нередко сопровождается недовольством ребенка, его оборонительной двигательной реакцией, возбуждением, что изменяет положение тела больного в постели, выражение его лица, окраску кожных покровов и слизистых оболочек, вообще затрудняет первоначальный осмотр. Учитывая это, нельзя начинать обследование с обнажения тела пациента, раздеть можно его и после предварительного общего осмотра — внимательного изучения позы, выражения лица и глаз, окраски кожи лица и других видимых частей тела. Лучше, если раздевает ребенка мать — тогда эта процедура проходит спокойнее.

Допустимо осмотреть ребенка и «фрагментарно», т. е. не обнажать все тело, а обследовать отдельные его части, освобождая их на некоторое время от одежды. Такая методика не очень удобна, но бывает вынужденной, если возникает необходимость провести обследование в прохладном помещении или когда ребенок бурно реагирует на попытку раздеть его, а обследование надо провести как можно скорее.

Приступая к обследованию, врач должен сделать все от него зависящее, чтобы не испугать больного: если пациент негативно реагирует на диагностические процедуры не следует прибегать к окрику, грубому насилию (в подобных случаях надо дожидаться, когда ребенок успокоится, а затем осторожно подвергнуть его необходимому обследованию).

Самые неприятные для малыша манипуляции (осмотр полости рта и зева, глубокую пальпацию живота) проводят в конце клинического обследования, так как на эти действия врача ребенок нередко реагирует негативно и дальнейшее его обследование проводить трудно, а порой и невозможно.

Если накануне обследования ребенок заснул, врач не должен спешить разбудить его, поскольку, когда маленький пациент спит, можно хорошо изучить характер и частоту его дыхания, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, выражение лица, позу. В этом случае рекомендуется отложить обследование ребенка до его самостоятельного пробуждения, если же осмотр необходимо провести срочно, больного очень осторожно будят.

Любую диагностическую процедуру надо организовать таким образом, чтобы она не утомляла малыша, вызывала как

можно меньше неприятных ощущений, не оказывала психотравмирующего воздействия.

Желательно не акцентировать внимание больного на проводимой процедуре, не проявлять раздражения и чувства досады, если что-то не получается, однако не следует и угрюмо молчать. Лучше всего, когда медицинский работник умеет поддерживать адекватный ситуации речевой контакт с пациентом. В некоторых случаях перед началом диагностической процедуры целесообразно объяснить больному ее смысл, сообщив при этом о возможных болевых и других неприятных ощущениях. Если этого не сделать и проводить диагностическое вмешательство без предварительной психологической подготовки, может возникнуть ситуация, порождающая психоэмоциональную травму ребенка или решительный протест против обследования.

При объективном обследовании подростков (мальчиков и особенно девочек) надо учитывать возрастные особенности их психики, связанные с половым развитием и созреванием. В этот период у них пробуждается чувство естественной стыдливости, поэтому при обнажении их тела, осмотре его, пальпации, перкуссии, аускультации девочки-подростки часто смущаются, краснеют, если обследование проводит молодой врач-мужчина или если это делает врач-женщина в присутствии лиц мужского пола (включая и отца юной пациентки).

В подобной ситуации девочки-подростки иногда наотрез отказываются от врачебного обследования, ибо не могут побороть свое состояние смущения, чувство стыдливости. Попытки уговоривать их, убеждать, а тем более принуждать, оказываются бесполезными. Остается один выход — прибегнуть к помощи врача-женщины, без участия или присутствия мужчин. Особую деликатность и осторожность медикам необходимо соблюдать при обследовании наружных половых органов подростков, учитывая психологическую ранимость не только девочек, но и мальчиков.

Бережное отношение к психике больного включает в себя и высококвалифицированное выполнение действий по клиническому обследованию ребенка или подростка — они должны выполняться быстро, точно, без ненужных повторов (например, осмотр зева с помощью шпателя).

В процессе обследования (например, при пальпации живота) врач может обнаружить серьезные патологические изменения в организме ребенка. В такой ситуации очень важно, чтобы

он внешне ничем не обнаружил возникшие тревожные мысли и эмоции, сохранил спокойствие и уравновешенность.

Находящиеся рядом с ребенком родители или другие близкие люди очень внимательно следят за выражением лица, каждым словом и движением врача. Иногда его тяжелый вздох, внезапное покачивание головой, озадаченное выражение лица вызывает у них страх, состояние тревоги и даже паники. Совершенно недопустимо в присутствии детей и подростков обсуждать симптомы их болезни, результаты обследования, назначаемое лечение, возможные прогнозы и другие вопросы, имеющие отношение к болезни.

Дети очень ценят в личности врача-педиатра доброту, чуткость, нежность, довольно тонко улавливают разницу между искренностью и наигранностью чувств взрослых. Маленькие пациенты могут в процессе их обследования быть сдержанными и терпеливыми, если врач сумеет покорить душу ребенка своей теплотой и лаской.

В своих воспоминаниях о Н.Ф. Филатове — выдающемся отечественном педиатре — его ученик В.И. Молчанов писал, что Нил Федорович в обращении с детьми не терпел фальши и притворства, был всегда с ними терпелив, ровен, спокоен, не соблазнял их неисполнимыми обещаниями и подарками, не обещал, что будет не больно, если предстояла болезненная процедура.

Методами общеклинического обследования ребенка и подростка должны владеть не только врачи-педиатры «общего» профиля, но и любой врач, призванный по долгу службы заниматься лечением детей — детский хирург, оториноларинголог, офтальмолог, невропатолог и др.

Развитие специализации и профилизации медицинской помощи детскому населению породило опасность концентрации внимания врача на каком-либо одном органе или функциональной системе при одновременной недооценке патологических изменений во всем организме. Такой подход, сочетающийся с бурным процессом в области параклинических исследований (инструментальных, лабораторных и др.), изменил отношение врачей «узкого» профиля к необходимости в совершенстве владеть классическими методами обследования больного, что создало реальную опасность для диагностических ошибок в педиатрии и смежных областях медицины (например, детской хирургии и неврологии).

Из сказанного следует, что в настоящее время крайне необходимо вооружать студентов медицинских вузов знаниями, уме-

ниями, навыками по вопросам клинического обследования больного. Они обязаны уметь правильно собрать анамнез, произвести углубленный осмотр, осуществить квалифицированную пальпацию, перкуссию и аускультацию. Эти навыки должны развиваться и совершенствоваться в процессе их врачебной деятельности, поскольку и в век научно-технического прогресса основу диагностики в медицине по-прежнему составляет тщательное общеклиническое обследование больного.

В условиях стационара ежедневное клиническое обследование больных делает лечащий врач во время обхода. Г.П. Шульцев отмечает, что в процессе клинического обхода решаются лечебно-диагностические, психологические (психотерапевтические) и санитарно-просветительные задачи, но цели клинического обхода могут быть и другими — организационно-административные или учебно-диагностические.

Эффективность обычного врачебного обхода во многом зависит от того, насколько врач владеет методикой установления психологического контакта с больным, в какой мере он способен оценить субъективный статус и объективное состояние ребенка или подростка.

Врачебный обход проводится обычно в утренние часы. В это время недопустимо проводить «пятиминутки», «оперативки», «аппаратные совещания» или другие мероприятия, которые отрывают лечащего врача от его прямых обязанностей.

Целесообразно в начале обхода осматривать вновь поступивших в стационар больных детей, состояние которых оценивается как тяжелое или очень тяжелое. Больной ребенок обычно с нетерпением ждет ежедневной встречи с лечащим врачом, разумеется, если последний может стать для него источником положительных эмоций, сумеет найти слова утешения, отметит признаки улучшения в самочувствии или объективном состоянии больного, приободрит его.

В работе врача немаловажную роль играют факторы эстетического порядка. Неприятное чувство, глухое раздражение у больного человека (особенно, если он страдает хроническим заболеванием и его нервная система истощена) вызывают неопрятный вид врача, запах табака изо рта, обилие украшений, ультрамодные прически и прочие детали туалета, которые совершенно неуместны во время обхода больных, особенно неизлечимых.

Врач, делающий обход, должен проявить свою профессиональную эрудицию и зрелость, общую культуру и степень нрав-

ственной чистоты, человеческую чуткость, глубину понимания психологических особенностей больного.

Результаты обследования больного во время обхода врач отражает в истории болезни. К сожалению, многие врачи, особенно начинающие, ведут записи по выработанному шаблону, излагая результаты своих наблюдений громоздкими и неконкретными фразами, повторяя изо дня в день одно и то же — «печень и селезенка не пальпируются», «при аускультации легких хрипы не выслушиваются», «тоны сердца ритмичные и чистые» др. Но зачем писать то, чего нет? Не разумнее ли отражать наиболее важные симптомы и признаки, позволяющие судить о динамике заболевания и эффективности проводимого лечения?

Не всегда студенты и врачи понимают разницу между терминами «самочувствие больного» и «общее состояние», порой отождествляя их. Дело в том, что понятие «общее состояние» — собирательное и оценка его складывается из суммы трех компонентов: субъективного статуса больного (жалоб); данных объективного исследования ребенка; результатов параклинических исследований (рентгенологических, инструментальных, лабораторных и др.). Поэтому когда больной активен, спокоен, жалоб не предъявляет, хорошо спит и ест, это еще не значит, что состояние его удовлетворительное, поскольку у него могут быть обнаружены серьезные нарушения при проведении рентгенологических, гематологических и других исследований. С этим фактом приходится сталкиваться особенно часто при заболеваниях крови, почек, печени, злокачественных опухолях и других тяжелых недугах, симптоматика и диагностика которых во многом определяются с помощью параклинических данных.

ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Проблема госпитализации волнует не только врачей-педиатров, но и педагогов лечебных учреждений, поскольку имеет прямое отношение к психоэмоциональному состоянию больных детей и подростков, к выработке рациональных приемов адаптации пациентов к больничной обстановке, их воспитанию в условиях стационара, особенно при необходимости длительного пребывания их в больнице.

Жизнь ребенка неразрывно связана с необходимостью постоянного общения с матерью. Лишение этой возможности после госпитализации многие дети переживают очень тяжело. Ка-

надский ученый А. Росс говорил, что разлука с матерью для ребенка в возрасте до 3 лет — тяжелое потрясение, для детей 3—5 лет — тягостное психоэмоциональное воздействие, а пациента более старшего возраста она выводит из состояния обычного душевного равновесия и отражается на его поведении.

Наблюдения Ю.А. Макаренко показали, что в первые дни пребывания в стационаре у детей раннего возраста нарушается сон и аппетит, уменьшается масса тела, нередко отмечается неврогенное повышение температуры.

Лихорадку психогенного происхождения у грудных детей, возникающую после помещения их в больницу, наблюдал Н. Bakwin. После выписки таких детей домой температура тела у них быстро возвращалась к норме.

Как показали исследования Ю.А. Макаренко, Н.Н. Бурмистровой, Е.П. Фролова, среди 80 больных, госпитализированных по поводу хронических бронхолегочных заболеваний, в первую неделю пребывания в стационаре отмечалось уменьшение массы тела у 69% детей раннего и у 22% детей дошкольного возраста (нарушение сна наблюдалось соответственно у 60% и 20%).

К началу 2-й недели пребывания детей в стационаре признаки эмоционального стресса у них заметно уменьшались — у 50% детей раннего и у 95% дошкольного возраста, сон нормализовался, у всех больных восстановилась масса тела.

Полная стабилизация психоэмоционального состояния происходила у больных раннего возраста к 12—15-му дню пребывания в стационаре, дошкольного — к 7—10-му дню.

Наблюдения клиницистов и педагогов показывают, что, психическая травма, обусловленная госпитализацией детей с хроническими заболеваниями, может оказывать не только отрицательное влияние на их психоэмоциональное и физическое состояние, но и стать причиной обострения хронического патологического процесса, ухудшения общего состояния больного [Бурмистрова Н.Н.; Макаренко Ю.А.; Таточенко В.К.; и др.].

Негативное влияние госпитализация оказывает на психику, эмоции и поведение детей школьного возраста. Так, Е. Hurlock у госпитализированных школьников констатировал признаки плохой адаптации к больничной обстановке в виде тревоги, депрессии и безучастности, непослушания, нерешительности, враждебного отношения к окружающим, приставания к другим детям, беспричинных жалоб на них, внезапной агрессии, возникающей по малейшему поводу.

По данным ВОЗ, при повторной госпитализации подростков у них могут возникать психические расстройства. Представляют практическое значение выводы А.И. Клиорина и В.А. Иванова, которые изучали адаптацию к стационару 230 детей в возрасте 10—15 лет, поступивших в клинику по поводу функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Оказалось, что хорошая адаптация к стационару (в течение 1—4 дней) отмечается только у 45% мальчиков и 40% девочек, т. е. меньше чем у половины больных. У другой части обследованных (42% мальчиков и 50% девочек) полной адаптации к больничной обстановке не наступило даже к моменту выписки из клиники. Промежуточную группу составили 13% мальчиков и 10% девочек, адаптирующихся к стационару в течение 9—10 дней.

Каждый третий из описываемых больных испытывал страх перед госпитализацией, у многих детей ухудшался аппетит, нарушался сон, возникали неприятные сновидения, некоторые испытывали страх перед врачебными осмотрами и другими неприятными процедурами, особенно перед зондированием. К группе риска (плохая адаптация к стационару) авторы относят детей, в семьях которых наблюдались тяжелые заболевания родственников или случаи их смерти.

Поведенческие и психоэмоциональные реакции детей на госпитализацию, по наблюдениям Н.Н. Бурмистровой, очень разнообразны. Одни реагируют очень бурно — кричат, плачут, используют всевозможные защитные приемы, стараясь не расставаться с родителями; другие ведут себя внешне спокойно, хотя при этом они волнуются и переживают; третьи поступают в стационар довольно охотно и чувствуют себя там «как дома».

Наши наблюдения за поведением детей дошкольного и школьного возраста в приемном отделении и в первые дни пребывания в гастроэнтерологическом и кардиологическом отделениях показали, что реакции больных на госпитализацию во многом определяются образом жизни ребенка в семье и индивидуальными особенностями реактивности его нервной системы.

Так, негативная реакция на госпитализацию (психоэмоциональная и поведенческая) характерна для детей, являющихся единственными в семье, не посещающих дошкольные учреждения, окруженных чрезмерной опекой и избыточным вниманием, которых пугают за непослушание примерно так: «Будешь еще шалить — позовем доктора и отправим тебя в больницу, а там делают уколы».

Реакции негативизма на госпитализацию способствуют и другие факторы: психоэмоциональная неподготовленность ребенка к этому стрессогенному акту, астеническое состояние нервной системы пациента, развивающееся на почве неблагоприятного психологического климата в семье (ссоры родителей, их пьянство, развод, физические меры наказания детей родителями и др.), а также в результате частых респираторных и прочих острых инфекций или хронического заболевания.

Болезненно переживают «синдром отрыва от семьи» в связи с госпитализацией те пациенты, которые уже успели 2—3 раза и более побывать в стационаре и для которых такое пребывание сопровождалось неприятными переживаниями, обидами, конфликтами с другими больными или медицинским персоналом, ссорами их родителей с врачом или медицинской сестрой, прочими неблагоприятными ситуациями. Иначе говоря — группа больных с заведомо негативной установкой на больницу и все то, что с ней связано.

Известно, что адаптация человека к экстремальным условиям в значительной мере определяется типологическими особенностями высшей нервной деятельности (темпераментом). Данное положение распространяется и на особенности реакций детей на госпитализацию. Больные с флегматическим и сангвиническим темпераментом легче переживают «синдром отрыва от семьи» и адаптацию к больничной обстановке, чем дети со слабым типом высшей нервной деятельности (меланхолики). Пациенты с сильными и подвижными нервными процессами (холерики) приспосабливаются к больничной обстановке обычно быстро и без особого труда, за исключением отдельных повышенно возбудимых, эмоционально неустойчивых лиц.

Если рассматривать вопрос о госпитализации детей в связи с их возрастом, выявляется четкая закономерность — чем меньше возраст ребенка, тем тяжелее он переживает отрыв от семьи, поэтому детей грудного и раннего возраста целесообразно госпитализировать вместе с их матерями, создавая последним оптимальные условия для отдыха и гигиенических процедур, обеспечивая их полноценным отдыхом и питанием.

Врач-педиатр, направляющий ребенка для госпитализации в детскую больницу, обязан не только обеспечить родителей необходимыми сопроводительными документами (направление, выписка из истории развития ребенка, справка об эпидданных и др.), но и провести психопрофилактическую беседу с госпитализируемым пациентом и его родителями. Так, родителей надо убедить в том, что в приемном отделении больницы они обязаны вести себя

предельно сдержанно и внешне спокойно, не проявлять своими словами, мимикой, поведением в целом признаков огорчения, печали, озабоченности, тревоги в связи с предстоящей разлукой с ребенком и пребыванием его в стационаре. Врач рекомендует родителям обеспечить госпитализируемого ребенка его любимыми игрушками, книгами, предметами для творческих занятий (альбомами, красками, и карандашами и др.), настольной игрой, что сделает досуг детей более разнообразным, интересным, облегчив их адаптацию к больничной среде.

Надо посоветовать родителям не прибегать к обману ребенка, которому предстоит госпитализация, т. е. не обещать ему то, что заведомо не будет выполнено — кратковременное пребывание в стационаре, ежедневные визиты родителей, утверждения, что в больнице будет интересно, там не станут делать уколы и др. Разумеется, родители и врач, направляющий ребенка на госпитализацию, должны приложить немалые усилия для того, чтобы снять страх, ослабить тревожное состояние и настороженность госпитализируемого (особенно, если он впервые поступает в стационар на лечение), но делать это надо осторожно и тактично. Например, ребенку можно рассказать о том, что в стационаре для детей проводятся учебные занятия, конкурсы на лучшие произведения детского творчества, утренники и другие коллективные мероприятия, организуется просмотр телевизионных передач, имеется возможность познакомиться и подружиться с другими детьми, принимать участие в настольных играх, прогулках на свежем воздухе, встречаться с родителями и др.

Первое впечатление о больнице госпитализируемый и его родители получают в приемном отделении. Если здесь светло, чисто, тепло, уютно, а персонал работает четко и оперативно, проявляя к поступающему пациенту и его близким чуткое, заботливое, уважительное отношение, первое впечатление о больнице окажется приятным, что будет иметь огромное значение для формирования у ребенка положительного отношения ко всему процессу госпитализации. Напротив, отсутствие в приемном отделении необходимого комфорта, должных гигиенических условий, уюта, равнодушие медицинского персонала, его небрежное отношение к своим служебным обязанностям, а порой резкость и грубость в действиях создают атмосферу гнетущей напряженности и тревоги, что отрицательно сказывается на настроении госпитализируемого ребенка и его родителей, усиливает стрессогенность «синдрома отрыва от семьи», откла-

дывает нежелательный отпечаток на весь процесс адаптации пациента к больнице.

Психопрофилактическое значение имеет эстетическое оформление приемного отделения — наличие в нем шкафа или полок с игрушками, картин на стенах с изображением персонажей детских сказок, красивых цветов, аквариума с рыбками, удобной и изящной мебели. Такая обстановка способствует ослаблению психоэмоционального напряжения госпитализируемого ребенка, отвлекает его мысли и чувства от предстоящей разлуки с родителями, облегчает процедуру обследования.

В приемном отделении врач-педиатр изучает жалобы больного, собирает анамнестические данные, производит объективное обследование. Если ребенок поступает в тяжелом состоянии, врач уже в приемном отделении оказывает ему неотложную помощь, до минимума сокращая время на беседы с родителями и родственниками:

В случаях, когда в стационар поступает ребенок с нетяжелым заболеванием, врачу приемного отделения не следует спешить, ибо это создает неприятное впечатление у пациента и его родителей. Им кажется, что врач излишне тороплив, а поэтому не очень внимателен.

После оформления истории болезни ребенка в приемном отделении, санитарной обработки его, смены своей одежды на больничную пациента доставляют в отделение, соответствующее профилю его заболевания. Здесь для него должна быть приготовлена кровать, чтобы ребенку не пришлось долгое время ждать размещения его в палате. Недопустимо вновь поступившего больного оставлять в одиночестве на коридорной койке или в палате, поскольку это угнетающе действует на его нервную систему, затрудняет процесс адаптации к больничной обстановке, особенно при первичной госпитализации.

С деонтологической точки зрения нельзя оправдать такого лечащего врача, который не спешит подойти к только что поступившему ребенку, не считает нужным познакомиться с его родителями сразу же после госпитализации своего нового пациента. Почему так важна здесь оперативность действий врача?

Во-первых, уже при первом знакомстве с родителями лечащий врач может получить ценные сведения не только о болезни ребенка, но и об особенностях его характера, привычках, привязанностях, интересах, запросах, реакциях на различные раздражители, в частности на лечебные процедуры. Эта информация может быть использована для антистрессовой защиты организма больного ребенка в условиях стационара.

Во-вторых, первое знакомство с ребенком имеет большое значение, именно в этот момент происходит установление доверия, утешения, при распределении обязанностей и возможностей влияния одних больных на других, чтобы среди детей была совместимость, терапия, когда больные друг друга и стараются.

Эргогенная часть палаты находится в палате С.С.]. Профиль врачей и средних показателей у больных, изучение личностных особенностей и характера конфликта между собой, если он уже возник, что отводится педиатру вместе с врачами палат с учетом его возраста, характера, имеющих отношения.

К сожалению, где больным при психологических, логических и других внимании своевременности и часто не с этого крайне неэффективно.

Основные моменты в детском образе.

1. Участков и родителей не палатизации.

2. Важно палатизированно стационаре.

Во-вторых, первое знакомство лечащего врача с госпитализированным ребенком уже в первые минуты после размещения его на больничной койке имеет важное психопрофилактическое значение, именно в это время ребенок особенно нуждается в успокоении, утешении, моральной поддержке, ободрении.

При распределении больных детей по палатам необходимо учитывать и возможность эгротогении, т. е. отрицательного влияния одних больных на других. Следует позаботиться о том, чтобы среди детей в одной палате установилась психологическая совместимость, создавалась атмосфера коллективной психотерапии, когда больные усиливают положительные эмоции друг друга и стараются погасить отрицательные.

Эгротогения чаще наблюдается в тех случаях, когда в одной палате находятся больные с одинаковым заболеванием [Либих С.С.]. Профилактике эгротогении способствуют усилия врачей и средних медицинских работников, направленные на повышение у больных доверия к лечебным процедурам, глубокое изучение личности каждого пациента, особенностей его темперамента и характера, своевременное выявление назревания конфликта между детьми и тактичная ликвидация последнего, если он уже возник. В решении этих вопросов значительное место отводится педагогу детского лечебного учреждения, который вместе с врачом обсуждает и решает вопросы комплектования палат с учетом особенностей личности каждого пациента, его возраста, характера и тяжести заболевания, других критериев, имеющих отношение к профилактике эгротогении.

К сожалению, в специализированных детских отделениях, где больным приходится находиться по несколько месяцев (гематологических, кардиологических, нефрологических, гепатологических и других), далеко не всегда уделяется достаточное внимание своевременному выявлению признаков «госпитализма» и часто не существует продуманной системы профилактики этого крайне нежелательного явления.

Основные меры, направленные на профилактику «госпитализма» в детских стационарах, можно представить следующим образом.

1. Участковому врачу-педиатру, специалистам поликлиники и родителям необходимо тщательно подготовить ребенка к госпитализации.

2. Важно правильно организовать период адаптации госпитализированного ребенка в первые 3—5 дней пребывания в стационаре.

3. Существенное значение в профилактике госпитализма имеет лечебно-охранительный режим, главной составной частью которого является антистрессовая защита детского организма в стационаре от психотравмирующих факторов: грубого и холодного отношения к больному ребенку медицинского персонала, размещения больных без учета их психологической совместимости, игнорирование психологического фактора при осуществлении диагностических и лечебных процедур, пренебрежительного отношения к обеспечению дневного и ночного сна больного.

4. Положительно влияет на психоэмоциональное состояние больного, его настроение и поведение лечебная педагогика, организуемая при участии специалиста-педагога. Педагогические мероприятия направлены против «госпитализма» и должны использоваться в каждой детской больнице как составная часть лечебного процесса.

5. Первостепенная задача лечащего врача-педиатра — умение оценить больного как личность, понять его тревогу и переживания, тщательно спланировать и реализовать комплекс психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий, привлекая к себе на помощь медицинских сестер, родителей, педагога больницы, учителей школы, в которой обучается ребенок.

6. Антистрессовое значение для больных детей в условиях стационара имеет общение их с родителями. Этот фактор, способствующий профилактике «госпитализма», приобретает реальную силу, если детей раннего возраста госпитализируют вместе с матерью, а для более старших организуются систематические посещения родителями, родственниками, одноклассниками, учителями школ. В дополнение к этой прямой форме общения больного ребенка с членами семьи и школьного коллектива могут быть использованы и косвенные каналы коммуникабельности (телефонная связь, переписка по почте), которые также необходимо организовать и контролировать.

СТРЕССОВЫЕ РЕАКЦИИ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА НА БОЛЕЗНЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ. ПУТИ ИХ ОСЛАБЛЕНИЯ И СНЯТИЯ

Многие диагностические и лечебные процедуры, осуществляемые в детском стационаре, неизбежно сопряжены с болевыми ощущениями. К ним относятся заборы крови из пальца и вены, спинномозговая, стеральная и другие пункции, подкожные,

внутримышечные и внутривенные инъекции, а также многие другие манипуляции.

Болевые воздействия приходится наносить и здоровым детям при проведении профилактических прививок, при заборах крови для анализов в диагностических целях.

Боль можно назвать сторожевым сигналом, который вызывает в организме физиологические и биохимические изменения, направленные на ее ослабление за счет активации адаптационных и защитных механизмов. Однако длительное болевое воздействие приобретает патологический характер, ибо при этом происходит истощение механизмов защиты, дезорганизация функции ЦНС и жизненно важных систем.

Мощное и продолжительное болевое раздражение (например, при тяжелой травме или ожоге) может вызвать шок, кому, коллапс и даже смерть пострадавшего. Ученые рассматривают боль как своеобразное психофизиологическое состояние организма с неприятными, иногда с нестерпимыми ощущениями, возникающими в результате сверхсильных или разрушительных воздействий, мобилизацией при этом функциональных систем для защиты организма от вредящего фактора [Кассиль Г.Н.; Анохин П.К., Орлов И.В., Ерохина Л.Г.; и др.].

Болевая информация из очага поражения передается по афферентным путям в кору больших полушарий и сознанием воспринимается как чувство боли, внешне проявляясь в двигательных и мимических реакциях, криком, плачем, вегетативными симптомами в виде покраснения лица, усиленной потливости, сердцебиения и др.

Реакция на болевое воздействие у некоторых детей может быть резко обостренной, на что обращали внимание А. И. Клиорин и В.А. Иванов. По данным этих авторов, из 230 обследованных детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта для 15% мальчиков и 8% девочек процедура взятия крови из вены оказалась более тягостной, чем зондирование пищеварительного тракта.

На состояние адаптации к болевым ощущениям влияют функциональное состояние подкорковых нервных структур, участвующих в формировании боли, эмоциональная реактивность организма, самочувствие, настроение, тип высшей нервной деятельности, тяжесть и характер заболевания, возраст, пол ребенка. Восприятие боли во многом зависит и от условнорефлекторных воздействий, которые могут усиливать или тормозить болевые ощущения при одинаковой силе раздражающего

воздействия, а также от переключения и отключения внимания [Кассиль Г.Н.].

Доказано существование врожденной индивидуальной чувствительности организма человека к болевым воздействиям, в частности возможны гиперальгезия, гипоальгезия и даже анальгезия, т. е. полное отсутствие восприятия болевых раздражителей. На существование индивидуальной чувствительности к боли здоровых людей в широком диапазоне указывали многие авторы [Канарейкин К.Ф.; Кассиль Г.Н.].

Значительное психотравмирующее влияние на ребенка оказывает не только болезненная диагностическая или лечебная манипуляция, но и ее ожидание, наблюдение за действиями врача или медицинской сестры, которые готовят инструментарий и другие предметы, необходимые для выполнения процедуры с болевым воздействием, но и пребывание больного в процедурном кабинете и созерцание расположенных в шкафу и на столах металлических и других неизвестных ему предметов. Связанные с этим отрицательные эмоции могут быть причиной развития реактивного невроза, стойких вегетативных расстройств, нарушения гомеостаза, ослабления адаптационно-приспособительных механизмов организма больного ребенка.

Исследования С.А. Коларова показали, что перед болезненной для ребенка лечебной или диагностической процедурой возникающие в его организме вегетативные нарушения (изменения артериального давления, частоты пульса и др.) могут иметь более выраженный характер, чем при непосредственном воздействии болевого фактора. Неожиданная боль, отмечали Р. Конечный и М. Боухал, даже у взрослых вызывает более сильную психическую реакцию, чем боль повторная, причина которой известна и к которой больной как бы готовит себя, мобилизует свое терпение и выдержку.

Сказанное в определенной мере можно отнести и к детям, для которых фактор внезапности при нанесении болевого раздражения может резко усугубить тяжесть психоэмоциональной травмы. Следует согласиться с утверждением В.Ф. Матвеева о том, что дети гораздо легче переносят те болезненные процедуры, которые совершаются под их визуальным контролем и, естественно, воспринимаются как менее неожиданные. Так, например, они более положительно реагируют на подкожные инъекции, чем на внутримышечные.

Отношение ребенка к болевым воздействиям существенно отличается от того, как к ним относятся взрослые. На это обстоятельство обращал внимание С.Д. Носов. Он писал, что у

ребенка мы не можем рассчитывать на сознательное преодоление боли и страха, поэтому всякое болевое воздействие, проводимое с диагностической или лечебной целью, по сути дела, является насилием над ним.

Авторы, занятые поиском путей ослабления психоэмоциональных реакций детей на болезненные диагностические и лечебные процедуры, обращают внимание на необходимость психологической подготовки ребенка к болезненной процедуре. Единодушным является мнение о том, что нецелесообразно для ободрения и успокоения маленького пациента утешать, уговаривать его перед нанесением боли, а тем более обманывать, обещая отсутствие болезненных ощущений во время укола [Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф.; Носов С.Д.; Шух Н.Л.; Харди И., и др.]. Все они советуют предупредить ребенка перед уколом или другой болезненной процедурой, что он будет чувствовать во время последней. Если больной готов расплакаться или плачет во время болезненной процедуры, И. Харди рекомендует медицинским работникам не прибегать к каким-либо приемам утешения, а расслабить его психику словами: «Поплачь, это помогает».

В целях уменьшения психотравмирующего воздействия диагностических и терапевтических манипуляций, осуществляемых с неременной болевой реакцией детского организма, необходимо правильно решить вопрос о числе диагностических назначений, которые сопряжены с болевым воздействием. Это особенно важно в первые 2—3 дня пребывания больного ребенка в стационаре, в период адаптации его к больничной обстановке. В этот период у многих детей усиливается страх перед диагностическими и лечебными процедурами, повышается раздражительность, нарушается сон, ухудшается аппетит: Они испытывают чувства недомогания и разбитости, настороженности и тревоги. Такое состояние характерно для детей с меланхолическим темпераментом, мнительных, склонных к навязчивым мыслям, болезненному самоанализу своих ощущений.

Хуже адаптируются к больничной обстановке и те дети, которые впервые поступают в стационар, не посещают дошкольные учреждения, воспитываясь дома. Хотя существует общее правило, в соответствии с которым необходимо в первые три дня пребывания больного в стационаре провести достаточно полное клиническое и параклиническое обследование с целью раннего установления диагноза, следует обязательно учитывать психоэмоциональное состояние ребенка в эти дни и отказаться от тех болезненных диагностических манипуляций, которые мо-

гут быть перенесены на более позднее время или без которых можно обойтись.

Здесь уместно привести слова выдающегося французского хирурга А. Паре: «Лечение не должно быть причиной новых страданий. Лечебный фактор должен не только устранять основное заболевание, но и облегчать страдание, вызванное им, а не увеличивать его».

Врачу или фельдшеру важно правильно решить вопрос о том, какие лекарственные средства необходимо вводить путем инъекций, учитывая не только характер и тяжесть заболевания, но и психоэмоциональную реакцию ребенка на болевые воздействия. К сожалению, нередко уже с первых дней пребывания больного ребенка в стационаре ему назначают в виде инъекций такие препараты, которые он может принимать внутрь (например, витамины) без всякого ущерба для процесса лечения. Иногда без нужды завышается число инъекций какого-либо лекарственного средства в течение суток, что вынуждает медицинскую сестру будить ребенка рано утром или в ночные часы.

Врачам следует помнить, что число болевых воздействий, необходимых для решения диагностических и терапевтических задач, должно быть минимальным. Разумеется, этот минимум строится на основе максимально качественного уровня всего диагностического и лечебного процесса, касающегося больного, на принципах высокогуманного подхода к личности ребенка независимо от его возраста.

Медицинская сестра и врач, которые по долгу службы должны выполнять болезненные для ребенка диагностические и лечебные манипуляции, обязаны соблюдать определенные организационные и этико-психологические правила.

Прежде всего больного надо психологически подготовить к предстоящим для него диагностическим и терапевтическим процедурам, прибегнув к помощи рациональной психотерапии (разумеется, если возраст пациента позволяет сделать это). Одна из основных задач рациональной психотерапии — доступное и понятное для больного разъяснение целесообразности и необходимости назначенных врачом диагностических и лечебных процедур, их смысла и сущности, связи между ними и динамикой выздоровления — возвращения ребенка к обычному образу жизни.

Отношение больного к болезненной или другой неприятной для него диагностической и лечебной процедуре во многом зависит от всего этико-психологического климата лечебного учреждения, от меры соблюдения в нем лечебно-охранительного

режима, характера взаимоотношений медицинского персонала с больными детьми.

Иногда протест ребенка или подростка против отдельной диагностической и лечебной процедуры является составной частью его реакции на всю больничную обстановку. Это обстоятельство надо учитывать при построении всей системы психопрофилактической и психотерапевтической работы в детских лечебных учреждениях независимо от их профиля.

Длительное ожидание неприятной для ребенка диагностической или лечебной процедуры, созерцание технической подготовки медперсонала к ней (сборка шприца, заполнение его лекарственной жидкостью и др.), вид выброшенных в таз окровавленных тампонов усиливают страх больного перед процедурой и затрудняют ее проведение.

Дети раннего и дошкольного возраста обычно проявляют активную оборонительную реакцию при виде шприца с иглой в руках медицинского работника, начинают кричать и плакать. Как поступать в подобной ситуации? Разумеется, рассчитывать на добровольное соучастие ребенка в предстоящей неприятной для него процедуре не приходится. Здесь необходимо принуждение, помощь «ассистента», который удерживает ребенка в позе, позволяющей удобно осуществить необходимую манипуляцию диагностического или терапевтического значения. Вынужденное насилие над ребенком нельзя воплощать в грубую, резкую форму, сопровождать окриком, угрозой, словесным и мимическим выражением раздражения и недовольства.

Ребенок дошкольного возраста обычно в какой-то мере мобилизует свою выдержку и волю, облегчая этим проведение неприятной для него манипуляции. Чрезмерно сильное сжимание малыша во время вынужденной фиксации его перед болевым воздействием — излишняя физическая и психическая травма, а этого ни в коем случае нельзя допускать.

Этико-психологическая сторона проведения любой диагностической процедуры или терапевтических мероприятий с болевым воздействием неразрывно связана с организацией и техникой их осуществления. Болевое воздействие может быть сведено к минимуму, если медицинский работник подберет нужную по диаметру и длине иглу с хорошо заостренным концом, правильно выберет место прокола, сделает его профессионально грамотно и быстро, воспользуется новокаином (если, конечно, это возможно), учтет другие организационно-технические стороны проведения процедуры.

I — подготовка больных
 психологическая);
 II — введение зон-
 кишки;
 III — соби́рание со-
 кишки для лабораторн-
 Каждый из этих э-
 грузками, а процесс в-
 проводится к тому
 прямо́го воздействи-
 лости, глотки, пищен-
 движения, кашель, а
 что своей массой зо-
 вдыхаемого и выдыха-
 Исходя из вышес-

Исходя из выше-

родуоденальное зонд

ем организма в проце

стической процедуры

ание желудочно-киш

ной системы. При эт

помощью зондового

формативными, ибо

только с патологиче

ным воздействи

В литературе описаны клинические наблюдения на функцию гепатобилиарной системы на собаках в состоянии (конфликта) в коре больших полушарий и секреторную функцию этого органа. Действия этого органа не наблюдаются при неуравновешенности нервной системы.

Влияние эмоц
ного сока, особен
наблюдали в хрон
кевич, В.А. Миха
По данным Н
бак с павловски

По данным Н
бак с павловски

По данным Н.
бак с павловски

I—подготовка больного к данной процедуре (прежде всего психологическая);

II — введение зонда в желудок или двенадцатиперстную кишку;

III—собираение содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки для лабораторного исследования.

Каждый из этих этапов насыщен психоэмоциональными нагрузками, а процесс введения зонда в желудок и кишечник сопровождается к тому же неприятными ощущениями из-за его прямого воздействия на рецепторы ротовой (или носовой) полости, глотки, пищевода. При этом могут возникать рвотные движения, кашель, а также затруднение дыхания в связи с тем, что своей массой зонд нарушает естественное прохождение вдыхаемого и выдыхаемого воздуха через вход в гортань.

Исходя из вышесказанного можно предположить, что гастродуоденальное зондирование в связи со стрессовым состоянием организма в процессе подготовки и проведения этой диагностической процедуры может извращать функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыделительной системы. При этом получаемые результаты исследования с помощью зондового метода могут оказаться недостаточно информативными, ибо отражают состояние органов, связанное не только с патологическим процессом, но и с нервно-рефлекторным воздействием на них стресса.

В литературе описано немало экспериментальных данных и клинических наблюдений о влиянии психоэмоционального стресса на функцию и микроструктуру желудка, кишечника и гепатобилиарной системы. М.А. Усиевич в хроническом эксперименте на собаках показал, что срыв высшей нервной деятельности (конфликт между процессами возбуждения и торможения в коре больших полушарий) не только нарушает моторику и секрецию желудка, но расстраивает и согласованность действий этого органа с кишечником. Подобные нарушения чаще наблюдаются у животных со слабым (меланхолическим) и неуравновешенным (холерическим) типом высшей нервной деятельности.

Влияние эмоционального стресса на кислотность желудочного сока, особенно при исходном сдвиге pH в кислую сторону, наблюдали в хроническом эксперименте В.Г. Кассиль, И.П. Буткевич, В.А. Михайленко.

По данным Н.В. Маевской, эмоциональное возбуждение собак с павловским желудочком вызывало торможение желудоч-

ной секреции. Данная реакция развивалась при участии симпатико-адреналового и чисто нервного механизма.

Исследования Л.Н. Гуляевой и Т.Ф. Комаровой позволили установить, что стрессогенное торможение желудочной секреции обусловлено также и другим механизмом, а именно понижением концентрации тиреоидного гормона на почве стресса. Такой гормональный сдвиг уменьшает дебит-час соляной кислоты. Стресс оказывает глубокое влияние также на морфологию слизистой оболочки желудка. В эксперименте это проявлялось отеком, гиперемией слизистой желудка, возникновением точечных кровоизлияний на ней, дистрофией эпителия с очаговой десквамацией, гистохимическими признаками кислородного голодания [Маевская Н.В.; Данилова Л.Я., Колесова Н.А., Писаненко В.Н., Стаховский Э.А.].

Представленные экспериментальные данные соответствуют клиническим наблюдениям педиатров, терапевтов и хирургов, описавших в своих работах многочисленные случаи возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки под воздействием острого или хронического психоэмоционального стресса [Черноруцкий М.В.; Невзорова Т.А.; Калинин А.В., Жуков С.А., Крутиков В.А. и др.; Голенева М., Тейхманова Д.; Rosenbland M.L., Koop C.E.; Barjaktarowic M., Halupka J., Nikolic T.]. К сожалению, в литературе почти не освещен вопрос о стрессогенном влиянии таких диагностических процедур, как гастродуоденальное зондирование и фиброгастроскопия, хотя клинические наблюдения говорят о частой нервно-психической реакции больных детей на эти вмешательства. Описаны случаи, когда при получении желудочного сока у ребенка в состоянии гнева нормальная слизистая оболочка желудка была резко гиперемизирована, а иногда и кровоточила.

К процедуре зондирования, как отмечали Ю.М. Гринзайд и С.И. Захаров, особенно чувствительны люди со слабым типом высшей нервной деятельности, поэтому с ними необходимо проводить тщательную подготовку, используя различные психопрофилактические приемы. Практическое значение представляют исследования А.В. Мазурина, А.Г. Ким, Г.Б. Гершман и соавт., которые выявили, что при гастродуоденофиброскопии возникают выраженные расстройства сердечно-сосудистой системы у детей с гастродуоденальной патологией, особенно значительные на фоне исходных нарушений в виде снижения сократительной способности миокарда и аритмий сердца.

Не исключено, что механизм возникновения этих нарушений обусловлен не только рефлекторными влияниями из рецептор-

ных зон пищеварительной системы, а также на фоне глубины стрессовых процедур гастродуоденофиброскопии, несомненно, психоэмоциональные, вегетативные с симптомами невроза.

Так, исследования стрессогенности у трети детей, страдающих гепатобилиарной системой, невротическое состояние описано Е.М. Мороз А.Д., М.Ф. Навроцкая Г.А.

С результатами исследований зарубежных авторов по заболеваниям гепатобилиарной системы, неврологические расстройства (Alvarez F., Ladrien P., Missini P.).

Педиатрами и терапевтами описаны нарушения психоэмоциональные нарушения, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [Аболенская А.И., Ломова Р.И., Карасева Т.И.].

Приведенные данные свидетельствуют о взаимовлиянии психических и патологических процессов в желудочно-кишечном тракте и необходимости учитывать при подготовке к процедурам, и прежде всего к фиброгастродуоденоскопии.

Тревожное ожидание двенадцатиперстной кишки — от умеренного до сильного.

Физиологический страх, который писал: «То, что вызывает трепет, боязливость, страхом тормозное состояние, различные степени паники».

* Павлов И.П. Собр. соч.

ных зон пищеварительных органов, но и фактором стресса. При оценке глубины стрессовых реакций детского организма на процедуры гастродуоденального зондирования и гастродуоденоскопии, несомненно, следует ожидать более бурные психоэмоциональные, вегетативные и поведенческие реакции у больных с симптомами невроза или неврозоподобного состояния.

Так, исследования ученых позволили установить, что примерно у трети детей, страдающих хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы, наблюдаются два синдрома: астено-невротическое состояние и вегетососудистая дистония [Лукьянова Е.М., Мороз А.Д., Белоусов Ю.В.; Лукьянова Е.М., Денисова М.Ф., Навроцкая Г.А.; Асс И.Д., Белоусов Ю.В.].

С результатами исследований отечественных ученых согласуются выводы зарубежных авторов, которые обнаруживали при заболеваниях гепатобилиарной системы у детей значительные неврологические расстройства [Antoni S., Agrati E.; Michel H.; Alvarez F., Ladrien P., Laget P., Lemonnier F.; Lilly J., Silver A.; Missini P.].

Педиатрами и терапевтами также описаны разнообразные психоэмоциональные нарушения и вегетативные расстройства при гастритах, язвенной болезни, дискинезиях желудочно-кишечного тракта [Аболенская А.В.; Фарбер Я.И.; Вейн А.М., Родштат И.В., Ломова Р.И., Карасева Т.А.; Андреева Л.Н., Гелескул Л.М.].

Приведенные данные указывают на существование патогенетических взаимоотношений между состоянием высших отделов ЦНС и патологическими изменениями органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, что необходимо учитывать при подготовке и проведении диагностических процедур, и прежде всего гастродуоденального зондирования и фиброгастродуоденоскопии.

Тревожное ожидание процедуры зондирования желудка или двенадцатиперстной кишки у детей может перерасти в состояние страха — от умеренной боязливости и до развития невроза.

Физиологическую основу страха обосновал И. П. Павлов, который писал: «То, что психологически называется страхом, — трусостью, боязливостью, имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий, представляя различные степени пассивно-оборонительного рефлекса».*

* Павлов И.П. Собр. соч. — М., 1951, т. IV, с. 432.

Следовательно, эмоцию страха можно рассматривать как биологическую меру самозащиты организма, однако с включением пассивных механизмов обороны его от опасного воздействия. Преодоление эмоции страха возможно на основе усилия разума и воли, жизненного опыта поведения человека в экстремальных условиях.

К сожалению, в детском возрасте действие антифобических защитных механизмов из-за малого жизненного опыта и недостаточной устойчивости тормозного процесса весьма ограничено [Таточенко В.К.].

Эмоция страха или приступ страха при фобическом неврозе сопровождаются у многих детей и подростков криком, плачем, дрожанием, покраснением или побледнением лица, усиленным потоотделением, двигательной расторможенностью или моторным торможением, угнетением речевой функции. Могут быть и другие симптомы: озноб, сухость во рту, чувство удушья, сердцебиение, диарея.

При неврозе страха возможны развитие психопатических и истерических черт личности ребенка и подростка, состояния тревожного ожидания, появление анорексии, рвоты во время приема пищи или перед едой, стойкой головной боли, повышенной раздражительности, утомляемости, возникновение нарушений сна, кошмарных сновидений, ночных страхов, энуреза, тиков, заикания.

На основании своих многолетних исследований В.В. Ковалев пришел к выводу, что частота возникновения неврозов увеличивается в возрасте 2—4 лет, 6—7 лет и в пубертатном периоде. Аналогичные данные приводят и другие авторы [Рахадзе Н.В., Курашвили Н.Г.].

Фобический и некоторые другие формы невроза у детей и подростков могут начаться внезапно под воздействием острой психогенной реакции или постепенно в результате повторных стрессовых ситуаций [Сканави Е.Е.; Жуковская Н.С.; Ковалев В.В.; и др.].

Гастродуоденальное зондирование как стрессогенный фактор длительного воздействия оказывает существенное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Этому способствует исходное состояние кардиоваскулярной системы у больных детей с указанными хроническими заболеваниями — дистрофические изменения миокарда, расстройства его сократительной активности, проводящей системы сердца, нарушения гемодинамики, особенно микроциркуляции.

Нами проведено изучение влияния гастродуоденального зондирования (включая все этапы этой процедуры) на состояние сердечно-сосудистой системы у 85 детей в возрасте 4—14 лет, страдающих хроническими гастритами, гастродуоденитами, гепатохолециститами, гепатитами и циррозами печени [Еренкова Н.В.]. При этом регистрировались общеклинические показатели состояния сердечно-сосудистой системы и инструментальные (использовался аппарат ЭЛКАР-6).

Регистрация показателей ЭКГ и измерение АД производились нами перед введением больному ребенку зонда, затем спустя 2—3 мин после его введения в желудок, через 10—5 мин и спустя 30—40 мин после начала процесса зондирования.

Результаты исследования показали, что уже само по себе нахождение ребенка в кабинете зондирования и созерцание им действий врача или медицинской сестры по подготовке зонда к введению вызывает у больного непривычную поведенческую реакцию, сопровождающуюся изменениями функции сердечно-сосудистой системы, выраженность которой зависит от того, насколько пациент был психологически подготовлен к данной сложной и трудной для него диагностической процедуре.

Особенно резкие изменения ЭКГ-параметров регистрировались у больных, которые не проходили специальной профилактической подготовки к гастродуоденальному зондированию или же она была недостаточной. Введение в эмоциональную ситуацию у них сопровождалось увеличением частоты сердечных сокращений (по данным ЭКГ) до 130—155 в 1 мин (исходные показатели — 80—92 в 1 мин), повышением систолического показателя на 5—15% по сравнению с фоновым уровнем, увеличением электрической систолы более чем на 0,04—0,5 с. Подобные изменения свидетельствуют о нарушении функционального состояния миокарда, в частности обменных процессов в сердечной мышце, нарушение которых отмечалось у многих детей с хроническими гастродуоденитами, холецистохолангитами и особенно хроническим активным гепатитом уже в исходном состоянии.

Введение в стрессовую ситуацию вызывало у большого числа больных, преимущественно эмоционально лабильных, увеличение на 7—30% показателя возбуждения миокарда желудочков, а также нарушения ритма сердечной деятельности: у подавляющего большинства больных, синусовая аритмия, отмеченная в исходном состоянии, увеличивалась, а дыхательная аритмия уменьшалась. У некоторых больных на ЭКГ были зарегистрированы желудочковые экстрасистолы (единичные и груп-

повые), а также признаки эктопического ритма и неполной блокады правой ножки предсердно-желудочкового пучка.

Существенные изменения сердечной деятельности (по данным ЭКГ) зарегистрированы спустя 2—3 мин после введения зонда в желудок. Так, частота сердечных сокращений увеличилась до 135—160 в 1 мин (при исходной величине 80—90 в 1 мин), систолический показатель возрастал (по сравнению с исходными данными) на 7—22%, что свидетельствует о резком нарушении обменных процессов в миокарде.

У небольшой части больных (в ближайшие минуты после введения зонда) регистрировались нарушения ритма сердечной деятельности (это были в основном те пациенты, у которых аритмия появлялась еще до введения зонда). У одного ребенка, например, эктопический ритм, который был зарегистрирован в стрессогенной ситуации перед зондированием, после введения зонда трансформировался в синусовую тахикардию.

По нашим наблюдениям, спустя 10—15 мин после введения зонда, описанные выше изменения ЭКГ обычно исчезали или значительно уменьшались по сравнению с тем, какими они были через 2—3 мин после введения зонда (за исключением больных, страдающих хроническим гепатитом и циррозом печени).

У большинства детей с хроническим гепатитом и циррозом печени через 30—40 мин после введения зонда прослеживалась отчетливая тенденция к увеличению электрической систолы более чем на 0,03 с и, в соответствии с этим, изменялся систолический показатель — признак нарушения обменных процессов в сердечной мышце. Причем, даже к концу всей процедуры дуоденального зондирования, описанные выше расстройства у таких больных сохранялись или даже нарастали.

Отмечен и другой факт — через 30—40 мин после начала процедуры зондирования у больных хроническим активным гепатитом и циррозом печени регистрировалось нарушение процессов реполяризации в мышце преимущественно правого желудочка и частично левого. Выражалось это в следующем: если зубцы *T* были отрицательными на фоновой ЭКГ, то отрицательная фаза углублялась еще больше (на 2—3 мм), а если они регистрировались в исходном состоянии как положительные или находились на уровне изолинии, то становились глубоко отрицательными (с разницей амплитуды по сравнению с фоновой величиной в 5—7 мм). После извлечения зонда эта реакция сохранялась у большинства больных хроническим активным гепатитом в течение 10—30 мин, а у одного больного зубец *T* сохранялся глубоко отрицательным (на фоновой ЭКГ в отведении

V_2 зубец $T = +2$ мм, впоследствии в этом же отведении он регистрировался ниже изолинии на $-5, -3$ мм) в течение 4 ч. Этот факт подтвердил наличие у ребенка стойкой ишемии миокарда.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что комплекс стрессогенных воздействий на всех этапах гастродуоденального зондирования больного оказывает существенное влияние на функцию миокарда и проводящей системы сердца. При этом выраженность расстройств функции миокарда и нарушений обменных процессов в сердечной мышце во многом обуславливалась двумя факторами: во-первых, исходным (фоновым) состоянием этих параметров, и, во-вторых, уровнем антистрессовой защиты организма больного при помощи приемов психопрофилактической подготовки его к процедуре зондирования и антистрессовых мер в течение всего процесса зондирования.

Наш большой опыт в гастроэнтерологическом отделении детской клинической больницы, а также проведенные здесь специальные психофизиологические исследования позволили выработать конкретную программу психопрофилактической подготовки детей в возрасте 4—14 лет, страдающих хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, к процедуре гастродуоденального зондирования.

Прежде всего к процедуре гастродуоденального зондирования больного необходимо тщательно и заблаговременно подготовить физически и психологически. Накануне зондирования ему необходимо создать условия, а при необходимости дать медикаментозные средства для того, чтобы он хорошо выспался, отдохнул. О предстоящем зондировании ребенка за 1—2 дня до этой процедуры информируют с учетом возраста и особенностей психоэмоционального состояния, прибегая к приемам рациональной психотерапии.

Организация всей процедуры гастродуоденального зондирования должна строиться таким образом, чтобы назначенное на определенный день обследование без уважительной причины не переносилось на другой срок, ибо это оказывает на больного сильное психотравмирующее воздействие. Если процедуру переносят, ребенку объясняют причину такого вынужденного решения.

Зондирование следует назначать на конкретное время — лучше между 8 и 9 часами утра. Если процедура эта начинается со значительным опозданием, состояние тревожного ожидания

у больного ребенка может нарастать, достигая степени панического страха и решительного отказа от проведения исследования. Усугубляется это состояние затянувшимся голоданием, которое также можно расценивать как стрессогенный фактор, истощающий адаптационные возможности неокрепшей нервной системы ребенка.

В день зондирования (до этой процедуры, а также после нее) не следует назначать другие неприятные для ребенка, а тем более стрессогенные диагностические исследования (заборы крови для анализов, рентгенологические исследования и др.), которые могут стать дополнительной «нагрузкой» на организм, истощающей нервную систему ребенка, способствующей возникновению невротических реакций. Из этих же соображений не следует в один день или в течение двух дней подряд проводить две такие стрессогенные диагностические процедуры, как гастродуоденальное зондирование и гастродуоденофиброгастроскопия.

Врач и медицинская сестра, осуществляющие зондирование, должны готовить процедуру не только в техническом отношении, но и в этико-психологическом, эстетическом, гигиеническом. Больной внимательно наблюдает за каждым движением и жестом врача и медицинской сестры, выражением их лиц, за каждой фразой, словом и даже интонациями. Ребенок следит и за тем, помыл ли руки медик перед тем, как взять зонд или после введения зонда другому больному, какую салфетку ему дают, откуда ее берут и др. Производящему зондирование нужно снять кольца и перстни, ногти коротко постричь, проследить за тем, чтобы на руках не было заусениц, царапин, гнойничковых и других поражений кожи.

Нельзя допускать, чтобы ребенок, которого готовят к зондированию, видел сцены негативной реакции другого больного на такую же процедуру — мучительный рвотный рефлекс, активная двигательная реакция протеста, крик, плач и др. Однако очень полезно воспользоваться положительным примером — пригласить в кабинет зондирования ребенка, который многократно зондировался, хорошо переносит эту манипуляцию и ввести ему зонд через рот или нос. После этого зонд тут же извлекают (если нет необходимости осуществлять процедуру дальше) или проводят исследование до конца. Разумеется, приглашенный пациент должен быть заранее предупрежден о том, что от него требуется (многие дети, особенно подростки, охотно соглашаются на такое мероприятие, ибо видят в нем возмож-

ность продемонстрировать свои волевые способности, смелость, выдержку, терпение).

Один из психопрофилактических приемов адаптации больного к обстановке и процессу гастродуоденального зондирования — привлечение его к мероприятиям по подготовке к данному исследованию; врач или медицинская сестра просят помочь что-то подать, принести, переставить и др. Дети обычно охотно, а порой и с увлечением оказывают необходимое содействие, хотя оно может носить символическое значение. При этом между медиками и пациентом устанавливается определенное взаимопонимание, что в дальнейшем может иметь положительное значение при зондировании.

Непосредственно перед введением зонда у ребенка проверяют состояние носового дыхания: ребенок сам под контролем врача или медицинской сестры закрывает пальцем поочередно то одну, то другую ноздрю и дышит. При резком затруднении носового дыхания процедуру временно отменяют. Вообще процедура оценки носового дыхания также имеет некоторое профилактическое значение.

Не следует настаивать на необходимости провести зондирование в ситуации, когда ребенок проявляет резкую негативную реакцию перед введением зонда (плачет, кричит, принимает «оборонительную» позу и др.), если у него отчетливо обнаруживаются признаки страха перед предстоящей процедурой. Недопустимо прибегать в таких случаях к психическому «нажиму» на больного (приказывать, угрожать наказанием, запугивать, обвинять в трусости, стыдить) и физическому насилию (удерживать за голову, руки и ноги, насильно открывать рот и др.).

Опыт показывает, что попытки насильственного введения зонда в желудок могут вызвать тяжелые нервные реакции в виде обморока, судорог, заикания, ночного энуреза, многократной рвоты, анорексии, развития стойкой непреодолимой фобии в отношении не только процедуры гастродуоденального зондирования, но и многих других диагностических и лечебных манипуляций.

Проведение в дальнейшем гастродуоденального зондирования у многих таких больных оказывается невозможным, а у части детей становится реальным лишь после комплекса психотерапевтических мероприятий, направленных на снятие невротического состояния и страха перед процедурой.

Перед введением зонда необходима эмоциональная разгрузка: больной должен некоторое время побыть в игровой комнате, в которой готовящиеся к зондированию дети играют в на-

стольные игры, читают книжки, рисуют, занимаются другими любимыми занятиями. Хорошо, когда старшие дети читают сказки или рассказы младшим.

Таким образом, производится разобщение процедуры зондирования на два этапа в совершенно разных условиях и обстановке: I этап — ребёнка готовят психологически к введению зонда в кабинете эмоциональной разгрузки и здесь же вводят зонд, иногда лишь на короткое время прерывая игру или чтение книги, либо другое занятие; II этап — больного переводят в процедурный кабинет для фракционного забора материала. Процедуру на I этапе осуществляет врач, на II — медицинская сестра. Врач или медицинская сестра перед зондированием должны сосредоточить свое внимание на предстоящей процедуре: не вступать в разговор с другими сотрудниками, не суетиться, не выходить внезапно из кабинета, не заниматься поиском необходимых предметов, а подготовить их заблаговременно.

В системе психопрофилактической подготовки больных детей к гастродуоденальному зондированию нами применялся метод управляемого диафрагмального дыхания, который рядом зарубежных ученых рассматривается как эффективный способ психопрофилактики стрессовых состояний и устранения их [Ballentini R.; Harvey J.; Pratar V., Berretini W., Smith; Everly G.; Hymes A.; Vanderhoof L.].

Механизм седативного действия управляемого диафрагмального дыхания и его релаксирующего влияния авторы объясняют тем, что усиленные экскурсии диафрагмы увеличивают парасимпатический тонус [Ballentini R.; Harvey J.], изменяют активность восходящих путей ретикулярной формации, тормозят приток сенсорной информации извне, понижают активность неокортекса, что способствует ослаблению стресса [Pratar V., Berrettini W., Smith C.].

Имеются данные о том, что управляемое диафрагмальное дыхание позволяет ослабить не только тревогу, но и болевые ощущения, уменьшает или устраняет вегетодистонию, способствует снижению частоты сердцебиений [Vanderhoof L.]. Из трех типов дыхания — ключичного, грудного и диафрагмального последнее является самым глубоким, в нем участвует максимальное количество альвеол, обуславливая высокий уровень оксигенации крови [Ballentini R.].

Антистрессовый эффект управляемого диафрагмального дыхания заметно повышается, если пациент концентрирует на нем свое внимание, производя счет во время вдоха и выдоха [Everly G.C.].

В педиатрической научной литературе мы не встретили работ, авторы которых применяли бы управляемое диафрагмальное дыхание как антистрессовый фактор при гастродуоденальном зондировании детей. Э.С. Двалишвили и А.М. Тиктопуло в условиях гастрологического санатория для взрослых применили предложенную ими методику дыхательных упражнений, которые осуществляются в течение 5—10 мин накануне зондирования, утром в день зондирования, во время и после него. Методика этих упражнений такова: пациент делает медленный вдох через нос и в конце этой фазы немного втягивает брюшную стенку. Затем начинается выдох, в конце которого больной на некоторое время задерживает дыхание и проглатывает слюну. Постепенно время вдоха и выдоха увеличивается, удлиняется пауза после выдоха.

По данным авторов, согласованность дыхательных и глотательных движений облегчает процесс зондирования, подавляет рвотный рефлекс, нервно-психическое напряжение и чувство страха, уменьшает травматизацию слизистой оболочки и неприятные ощущения в области ротоглотки и пищевода.

Мы попробовали применить описанную выше методику при гастродуоденальном зондировании детей в возрасте 8—14 лет и убедились, что в педиатрической практике она неприемлема, ибо дети не в состоянии выполнить все указания, сопутствующие дыхательным упражнениям и постоянному сглатыванию слюны, довольно быстро устают при требовании от них прогрессивно увеличивать все фазы дыхательного цикла (вдох, выдох, экспираторная пауза).

Учитывая сказанное, мы разработали методику управляемого диафрагмального дыхания, основная цель которого — ослабить или устранить психоэмоциональный стресс ребенка перед введением зонда и в процессе этой процедуры. Вначале мы обучали обследуемого управлять своим дыханием с помощью движений животом (диафрагмой). Опыт показал, что эту процедуру дети 8 лет и старше усваивают легко и быстро, но для детей младше 8 лет она (за некоторым исключением) оказывается непосильной и заменяется комплексом обычного углубленного дыхания.

В день зондирования после 30-минутной психоэмоциональной разгрузки ребенок (под контролем врача или медицинской сестры) выполнял процедуру управляемого диафрагмального дыхания. Методика ее следующая.

В положении сидя больной кладет ладонь левой руки на эпигастральную область живота (для лучшего контроля за ды-

хательными экскурсиями передней брюшной стенки). Далее по команде: «Делай глубокий спокойный вдох через нос животом и считай про себя «раз», «два», «три», — он совершает умеренное инспираторное движение диафрагмой, что хорошо обнаруживается по выпячиванию эпигастральной области. После этого следует команда: «Делай спокойный выдох через рот. Теперь не дыши!» Экспираторная пауза длится 3—4 с. Затем обследуемому предлагают сделать три обычных вдоха, считая их про себя («раз», «два», «три»). Упражнения повторяют на протяжении всего сеанса управляемого диафрагмального дыхания. Описанную методику дети осваивают без всякого труда, вначале руководствуясь командами медицинского работника, а затем самостоятельно.

В конце сеанса управляемого диафрагмального дыхания начиналась процедура осторожного введения полихлорвинилового зонда сначала в рот, затем в ротоглотку и далее — в пищевод и желудок. Ребенок при этом совершал углубленные и уреженные дыхательные движения. Во время каждого углубленного вдоха зонд осторожно продвигался вглубь, чему способствовали глотательные движения. Дети до 8 лет чаще всего не могут полноценно осуществлять управляемое диафрагмальное дыхание в соответствии с командой врача или медицинской сестры. Поэтому в качестве антистрессового фактора для них мы проводили сеансы дозированной ингаляционной оксигенотерапии, используя отечественный аппарат ДКП-1.

Сеансы оксигенотерапии перед введением зонда и в процессе всей процедуры значительно облегчают ее, что особенно важно для детей физически ослабленных, истощенных, страдающих одновременно хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (или гепатобилиарной системы) и хроническими заболеваниями носоглотки и бронхолегочной системы. Это касается всех больных, независимо от возраста. Особенно необходимо сочетание гастродуоденального зондирования с ингаляционной оксигенотерапией детям, страдающим хроническими заболеваниями гепатобилиарной системы, у которых, как показали исследования Г.А. Навроцкой, имеются нарушения функции внешнего дыхания, транспорта кислорода, клеточного газообмена, в результате чего с большим постоянством регистрируются клинические и параклинические симптомы гипоксии и хронической интоксикации.

В результате применения ингаляционной оксигенотерапии ослабевают или устраняются явления гипоксии, вызванные самой болезнью и процедурой гастродуоденального зондирования

(зонд механически затрудняет движение потоков воздуха в глотке во время вдоха и выдоха, вызывает раздражение рецепторов верхних дыхательных путей и этим рефлекторно нарушает функцию дыхательной мускулатуры, ухудшает легочный газообмен). Она оказывает седативное влияние на высшие отделы ЦНС больных детей, частично снимает двигательное возбуждение, благотворно воздействует на состояние вегетативных функций [Горбункова З.А.; Иванченко Ф.Т.; Еренков В.А., и др.]. Процедура ингаляционной оксигенотерапии сама по себе обладает психотерапевтическим воздействием, объясняется это тем, что еще до введения больному зонда его внимание переключается на другой объект (подготовка аппарата ДКП-1 к работе, наложение маски, выслушивание советов врача о том, как себя вести во время зондирования и др.). Оксигенотерапия не исключает, а лишь дополняет другие приемы подготовки ребенка к гастродуоденальному зондированию и успешному его завершению (имеются в виду элементы рациональной, игровой психопрофилактики и др.).

Методика проведения ингаляционной оксигенотерапии состоит в следующем. В кабинете психоэмоциональной разгрузки перед введением зонда ребенку проводят сеанс дозированной ингаляционной оксигенотерапии в течение 15 мин. Концентрация кислорода во вдыхаемой газовой смеси должна составлять 60%, при скорости ее подачи — 5—7 л в мин (детям 4—6 лет) и 8—12 л в мин (детям 7—14 лет). Ребенок во время сеанса лежит на кушетке (с матрацем и подушкой). Кислород подается при помощи маски, соответствующей возрасту и снабженной системой клапанов для вдоха и выдоха. Во время сеанса больной слушает музыку, сказки, рассказы или стихотворения, записанные на магнитную ленту или пластинку (используется магнитофон или электропроигрыватель). Содержание музыкальных и литературных записей подбирается с учетом возраста больного, его интересов, а также психотерапевтического «потенциала» преподносимой информации и музыкальных произведений (подбирается материал преимущественно такой, который оказывает седативное действие на психику ребенка, имеет оптимальное успокаивающее действие и оптимистический настрой).

После такого комплекса подготовительных мероприятий ребенку вводят полихлорвиниловый гастродуоденальный зонд. Процедура эта у маленьких детей (4—7 лет) нередко вызывает негативную реакцию, что приводит иногда врача-педиатра к заключению о невозможности ввести больному зонд. Разумеется, отказ от такой ценной диагностической процедуры ограничива-

ет возможности распознавания истинной природы болезни, оценки ее тяжести, а также результатов проводимого лечения. Это обстоятельство побудило нас разработать нестандартный технический прием введения полимерного зонда в желудок и двенадцатиперстную кишку детям дошкольного возраста. Сущность этой методики состоит в следующем. Для введения зонда через рот используется соска-пустышка, внутри которой вмонтирована эбонитовая трубочка-проводник (конец пустышки срезается с образованием при этом круглого отверстия). На конце эбонитовой трубочки имеется насадка в виде хомутика из резины, который предупреждает травматизацию языка. Соска-проводник, введенная в рот ребенка, фиксируется в таком положении при помощи двух эластических лент с кнопками на концах. Одни концы этих лент прикрепляются наглухо к пластмассовому окологубному кольцу пустышки, а другие соединяются друг с другом кнопками на волосистой части головы. Способ введения зонда с помощью такого простого устройства состоит в следующем.

За 1—2 дня до зондирования ребенка адаптируем к соске и к зонду, конец которого фиксирован в соске-пустышке и слегка выступает из нее в полость рта. Эта процедура повторяется 2—3 раза в течение дня. Чтобы выработать положительную реакцию ребенка на соску-проводник, ее и конец зонда смазывают медом или вареньем. После фиксации во рту соски-проводника и конца зонда внимание малыша сразу же переключаем на какую-либо игру, рисование или другое любимое им занятие.

В день исследования вся процедура повторяется, но зонд осторожно вводится в желудок до нужной отметки. После этого через свободный конец зонда соска снимается и дальнейший процесс осуществляется по обычным правилам.

Длительная процедура собирания желудочного сока может быть успешной, если конец введенного зонда стабильно удерживается в желудочно-кишечном тракте на одном и том же уровне. Достигается это обычно с помощью фиксации наружной части зонда лейкопластырной лентой, что для упругого полимерного зонда в педиатрической практике является процедурой крайне неудобной и не всегда надежной. Учитывая это обстоятельство, мы предложили простое устройство для надежной и удобной фиксации введенного зонда. Это та же соска-пустышка со срезанным концом, нанизанная на свободную часть зонда до упора и прижатая окологубным пластмассовым кольцом к губам ребенка. При этом резиновая часть пустышки остается снаружи (вне полости рта), и на нее накладывается не-

большой зажим, который не изменяет просвет упругого зонда и надежно фиксирует пустышку к последнему.

После этого соска-пустышка вместе с введенным зондом (вблизи губ больного) фиксируются. Для фиксации пустышки применяем две упругорастяжимые прорезиненные ленты. При помощи крючка каждая лента одним концом соединяется с окологубным пластмассовым кольцом (плоским диском) пустышки, а другим с помощью кнопок фиксируется к специальной матерчатой полоске, надеваемой ребенку на голову.

Описанный способ фиксации зонда, введенного в желудок или двенадцатиперстную кишку, имеет ряд достоинств: зонд не смещается по длине ни вверх ни вниз на протяжении всей процедуры, а в полости рта, ротоглотки занимает строго срединное положение, что имеет существенное значение для предупреждения неожиданных механических раздражений рецепторов ротоглотки из-за боковых и переднезадних смещений и возникающих при этом рвотных движений, кашля, рефлексорных нарушений дыхания. Исключаются при этом и неприятные ощущения, которые нередко испытывает больной ребенок при фиксации у него введенного зонда к щеке лейкопластырем. Отметим, что после использования соски-проводника и соски-фиксатора их тщательно моют в проточной теплой воде с мылом, а затем просушивают и стерилизуют в автоклаве.

После введения зонда с целью дуоденального зондирования больной должен в течение 15—20 мин спокойно походить. Делается это с целью ослабления стрессовой реакции, снятия спазма привратника, нормализации перистальтики желудка, что в совокупности способствует продвижению конца зонда в полость двенадцатиперстной кишки. Подавляющее большинство детей после проникновения зонда в желудок испытывают необычные ощущения, волнение, затруднение дыхания, чувство боязливости, скрытого страха. Этот эмоциональный стресс надо обязательно ослабить или снять, что достигается с помощью игровой психотерапии. Наш опыт показывает, что внимание маленьких пациентов (4—6 лет) в первые минуты после введения зонда целесообразно отвлекать показом ярких цветных изображений на экране (слайды), калейдоскопа, рисунков большого формата (цветных иллюстраций к сказкам), игрой на гармошке или ксилофоне с предоставлением ребенку возможности делать это самому. Подобные воздействия, отвлекая внимание ребенка от процедуры, в то же время быстро утомляют его. Этим вызвана необходимость перехода к тихим, спокойным играм, адекватным интересам ребенка и его умственным возможностям

(настольные игры, в которых ребенок участвует в положении стоя). Для детей школьного возраста можно организовать на 15—20 мин прослушивание магнитофонных записей, просмотр телевизионных передач и др.

Значительный стресс переживает больной ребенок или подросток в процессе длительной процедуры собирания в пробирки содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. Стрессогенное воздействие здесь оказывают следующие факторы:

- необходимость продолжительное время (при зондировании желудка) находиться в неподвижном состоянии и вынужденной позе (гиподинамический стресс);

- длительное раздражение массой зонда механорецепторов по ходу пищеварительного тракта (рта, глотки, пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки), что вызывает отрицательные рефлексорные воздействия на функцию центров, регулирующих пищеварение (и в целом на ЦНС);

- нарушение нормальной моторики пищевода, желудка, тонкой кишки, их сфинктеров из-за прямого механического препятствия — массивного инородного тела в виде плотного гастродуоденального зонда;

- негативные рефлексорные и механические воздействия зонда на функцию внешнего дыхания;

- созерцание больным ребенком действий врача или медицинской сестры, связанных со сбором в пробирки содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки, а также всей обстановки кабинета, возможных отрицательных реакций на процедуру зондирования больных, находящихся рядом и др.;

- нарушение обычного режима дня и режима питания, необходимость переносить стрессовые нагрузки на фоне алиментарной гипогликемии после ночного перерыва в приеме пищи и утреннего голодания.

Ослабить состояние стресса и усилить механизмы адаптации больного ребенка к процедуре собирания в пробирки содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки можно при помощи следующих методических и психологических приемов.

1. Ребенка надо уложить на кушетке, покрытой пенопластовым матрацем, сведя до минимума механические воздействия на его кожные покровы — не подкладывать тугих валиков под бок, проверить содержимое карманов пижамы или халата и изъять из них все твердые предметы, которые дети нередко держат там (конфеты, приколки, расчески и др.).

2. Если маленький ребенок (4—5 лет) проявляет нежелание лечь на правый бок (а такое случается нередко), врач или ме-

дицинская сестра берет пациента на руки и осторожно укладывает к себе на колени (подложив под правый бок больного грелку), а под голову подводит свою согнутую правую руку. Ноги ребенка остаются на кровати. Все эти движения осуществляются не спеша, бережно, сопровождаются успокаивающими, отвлекающими фразами. Когда ребенок примет удобную позу, ему желательно прочитать сказку или рассказ, спеть песенку. Далее пациента осторожно перемещают на кушетку и продолжают процедуру зондирования.

3. После того, как ребенок удобно разместился на кушетке, медицинские работники и педагог обязаны создать в процедурном кабинете условия предельной эмоциональной разгрузки, используя различные приемы психопрофилактики, реально возможные в конкретной ситуации. Так, чтобы ослабить состояние эмоционального стресса зондируемого, допустимо по его желанию или согласию разрешить пребывание в кабинете зондирования некоторых соседей по палате, с которыми у обследуемого сложились дружеские взаимоотношения, дать возможность играть им в шахматы, шашки, настольные игры, читать вслух (соседу по палате), прослушивать магнитофонные записи. Наш опыт показал, что такая «психологическая тактика» значительно облегчает для зондируемого ребенка утомительную диагностическую процедуру, а медицинскому персоналу обеспечивает возможность спокойного проведения всего забора содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки.

4. Зондируемый больной не должен испытывать чувства одиночества, безразличного отношения к себе медиков, которые проводят данную диагностическую процедуру. Необходимо, чтобы любые изменения в самочувствии обследуемого пациента, находили немедленную адекватную реакцию со стороны врача и медицинской сестры, ответственных за проведение процедуры.

Если ребенок ведет себя спокойно, надо его обязательно похвалить: «Молодец, ты ведешь себя так, как надо, и поэтому все будет хорошо!». В случаях беспокойства больного, появления у него каких-либо жалоб (тошнота, боль в животе и др.), медицинская сестра обязана немедленно пригласить врача, который решит вопрос о дальнейшей тактике зондирования.

В равной мере это касается и ситуации, когда процедура осложняется появлением крови в содержимом желудка или двенадцатиперстной кишки, полным прекращением сокоотделения, обморочным состоянием или др.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Когда говорят о ятрогенных заболеваниях, обычно имеют в виду неблагоприятные воздействия на психику больного слов лечащего врача или его поступков. В действительности же это понятие следует трактовать более широко. Во-первых, неблагоприятное воздействие на психоэмоциональное состояние больного могут оказывать и другие медицинские работники (фельдшера, медицинские сестры, лаборанты, рентгенологи, работники кабинетов функциональной диагностики, санитарки). Во-вторых, стрессогенное влияние врача или другого медика на психику больного не обязательно должно вызвать какое-либо конкретное заболевание (невроз, психоз и др.), а может привести лишь к редким нарушениям психоэмоционального статуса пациента с восстановлением его после окончания действия психотравмы.

В настоящее время, в связи с широким внедрением в практику здравоохранения новых технически сложных методов диагностики, применение которых порой опаснее самой болезни, остро стоит вопрос о защите больного от ятрогенных заболеваний, обусловленных применением современной диагностической техники без достаточных показаний, глубокого изучения резервных возможностей организма пациента, необходимой технической и методической грамотности врача, в руки которого попадает сложный диагностический аппарат или инструмент.

Некоторые врачи говорят о таких диагностических методах как об «агрессивных», относя к ним зондирование сердца и сосудов, бронхоскопию и бронхографию, пункционную биопсию печени и др. В лечебный процесс широко внедряются новейшие достижения физиотерапии (ультразвук, луч лазера, радиоактивное излучение и др.). Разумеется, неправильное воздействие подобных мощных лечебных факторов на организм человека может привести к тяжелым последствиям, моральная ответственность за которые ложится на врача или среднего медицинского работника, которые при использовании лечебной техники допустили небрежность или проявили профессиональное невежество.

С проблемой ятрогении тесно связан вопрос о рациональной тактике применения лекарственных средств в педиатрии, особенно сильнодействующих и ядовитых. Накопленные за последние 25—30 лет сведения об осложнениях лекарственной терапии привели к выводу, что неправильное применение хи-

миопрепаратов может привести к «фармакогенезу» многих болезней, клинические проявления которых сходны с общеизвестными заболеваниями.

Доказана возможность развития на почве лекарственной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, стероидного диабета, синдрома Иценко—Кушинга, дисбактериоза, кандидамикоза, почечнокаменной болезни и др.

Особую опасность с точки зрения возникновения лекарственных болезней представляют антибиотики, сульфаниламиды, глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты и другие сильнодействующие препараты. Их с особой осторожностью надо назначать беременным женщинам, поскольку они могут оказаться небезразличными для воспроизводства потомства.

На протяжении всего периода беременности женщине противопоказаны фармакологические средства, оказывающие токсическое и тератогенное влияние на плод: индометацин, мерказолил, ретаболил, метандростенолон, метиландростендиол, тетрациклин, рифамицины, гризеофульвин, вермокс, декарис, комбантрин, метронидазол, тинидазол, хлоридин. Отступления от строгих принципов фармакотерапии могут стать причиной ятрогенных заболеваний как плода, так и новорожденного.

Основа профилактики лекарственной ятрогении в педиатрии — высокий уровень профессиональной подготовки детского врача по вопросам клинической фармакологии, неукоснительное соблюдение им правил назначения лекарств детям, тщательное изучение индивидуальных особенностей реактивности каждого больного.

С.Д. Носов, определяя сущность термина «ятрогенные заболевания», высказывался о нецелесообразности неоправданно расширять это понятие. В частности, он был против мнения П.Ф. Калитовского, относящего к ятрогенным заболеваниям любую патологию, являющуюся следствием врачебных действий, независимо от того, были они правильными или нет. Более логично, по утверждению С.Д. Носова, возникновение ятрогенных заболеваний ставить в прямую связь лишь с неправильными действиями врача и других медицинских работников. На основании большого клинического опыта он пришел к выводу о том, что возникновению ятрогении в клинике детских болезней способствуют определенные особенности личности медицинского работника и неправильные его действия.

К таковым автор относит низкую культуру врача или другого медика, слабое чувство ответственности и профессионального долга, небрежность и формализм в работе, игнорирование

отрицательного действия своих слов и действий на психику больного ребенка, излишнюю самоуверенность и нежелание признать свои ошибки, невнимание врача к организации обслуживания больных и недостаточный контроль с его стороны за работой среднего медицинского персонала.

В эту же группу причин он включает слабую профессиональную подготовленность медиков.

Большую опасность в возникновении ятрогенных заболеваний, по мнению С.Д. Носова, представляет полипрагмазия, особенно для новорожденных и детей раннего возраста, нарушение правил асептики и противоэпидемического режима.

Развитию ятрогенных заболеваний в детском и подростковом возрасте способствует «госпитализм», т. е. неблагоприятное влияние длительного пребывания ребенка в стационаре на его психоэмоциональное и физическое состояние.

К психогенным ятрогениям чаще всего ведут ситуации, при которых психическая травма редко выступает в изолированном виде. Чаще наблюдается сочетанное воздействие на организм нескольких стрессогенных факторов, одни из которых играют роль причинных, а другие создают предпосылки для ятрогении. В случаях возникновения ятрогенной патологии в связи с неправильным использованием лекарственной терапии, физических методов лечения и диагностики могут возникать не только функциональные расстройства нервной системы и внутренних органов, но и органические заболевания с тяжелым поражением жизненно важных систем всего организма.

Бывают случаи, когда развитию ятрогении способствуют неправильные (по своей форме и содержанию) советы медицинского работника. Например, врач говорит подростку: «У тебя порок сердца. Постарайся не прыгать и не бегать, иначе тебе может быть очень плохо. Настолько плохо, что даже не помогут врачи».

Или такой совет врача родителям ребенка, страдающего бронхиальной астмой (в присутствии больного): «Отправляясь в дорогу, возьмите с собой необходимые лекарства. Приступ астмы может быть неожиданным и сильным, а без медицинской помощи в такой ситуации я вам ничего хорошего не гарантирую».

В кабинете детской поликлиники врач говорит матери 5-летней девочки: «Анализ крови у вашего ребенка плохой. Особенно это касается лейкоцитов. Надо ребенка положить в больницу. Там диагноз поставят точный. Только не пугайтесь, если

окажется лейкоз или
распоряжении есть оче
Такие и им подобн
сильное психотравмирующ

Психотравмирующ
ка с хроническим забо
ность к возможным об
ловленная чрезмерным
интересах поддержани
го» наобещал ему глад
рое выздоровление.

Конечно, неэтично
можных изменениях те
торожно предупредить
шения к реальным тру
пия ятрогенных забол
рожности и вдумчивост
го логического убежде

Так, недопустимы
рактера: «Ты, Вася, не
бя нет и быть не может
ня, не старайся сама
серьезная болезнь. Есл
ствовала». Такие прием
ный эффект: ребенок
мать и не подозревать
нает поступать именно
размышлениям, мучите

Причиной ятроген
больного ребенка ил
болезни. Например, с
шивает у лечащего в
ниматься спортом? О
вольной борьбы». От
ная и длительная. Дум
щаться навсегда.

Такое заявление в
психотравмирующее во
жды вернуться к лю
мистично смотреть на
свою будущую жизнь.
был бы такой ответ: «

окажется лейкоз или другое серьезное заболевание. В нашем распоряжении есть очень эффективные средства».

Такие и им подобные советы, конечно же, могут оказывать сильное психотравмирующее действие на ребенка и его родителей.

Психотравмирующее влияние на состояние больного ребенка с хроническим заболеванием оказывает его неподготовленность к возможным обострениям и осложнениям болезни, обусловленная чрезмерным оптимизмом лечащего врача, который «в интересах поддержания хорошего психического тонуса больного» наобещал ему гладкое течение болезни и обязательное скорое выздоровление.

Конечно, незачем детально рассказывать больному о возможных изменениях течения хронического заболевания, но осторожно предупредить его о необходимости терпеливого отношения к реальным трудностям надо. Рациональная психотерапия ятрогенных заболеваний требует от врача большой осторожности и вдумчивости при использовании приемов словесного логического убеждения ребенка или подростка.

Так, недопустимы врачебные рекомендации следующего характера: «Ты, Вася, не думай, что у тебя порок сердца. Его у тебя нет и быть не может, ты будешь долго жить». Или еще: «Таня, не старайся сама себе внушать, что у тебя есть какая-то серьезная болезнь. Если бы она у тебя была, ты бы это почувствовала». Такие приемы внушения порой дают противоположный эффект: ребенок или подросток вместо того, чтобы не думать и не подозревать наличие у себя серьезной болезни, начинает поступать именно так, ибо врач дал «толчок» к грустным размышлениям, мучительным сомнениям и тревогам.

Причиной ятрогении могут стать ответы врача на вопросы больного ребенка или его родителей, касающиеся прогнозов болезни. Например, болеющий ревмокардитом подросток спрашивает у лечащего врача: «Смогу ли я после болезни снова заниматься спортом? Я два года до болезни посещал секцию вольной борьбы». Ответ: «Ревматизм — болезнь очень серьезная и длительная. Думаю, что тебе с борьбой придется распрощаться навсегда».

Такое заявление врача, несомненно, окажет на подростка психотравмирующее воздействие, ибо не только лишит его надежды вернуться к любимому виду спорта, но заставит пессимистично смотреть на отдаленный период заболевания, на всю свою будущую жизнь. Более правильным в данной ситуации был бы такой ответ: «Ревматизм — болезнь излечимая, но для

этого ты должен строго соблюдать все назначения, касающиеся лекарств, диеты, режима. Уверен, что ты в будущем вернешься к занятиям своим любимым видом спорта».

Поводом к возникновению ятрогении может послужить тяжелая психическая травма, связанная со смертью кого-либо из членов семьи (взрослого или ребенка), рассказ о внезапной смерти других лиц, присутствие на похоронах. Это обусловлено невротической готовностью больного к срыву высшей нервной деятельности (накопление в подкорковых отделах мозга отрицательных эмоций или же меланхолический темперамент). Возникновение ятрогении связывают иногда с понятием «индуцированный диагноз». Это значит, что кто-то из родителей находится в состоянии своего ребенка признаки болезни, от которой умер кто-либо из представителей старшего поколения. Сомнительные раздумья, тревожное ожидание, бессонные ночи истощают нервную систему родителей и на этом фоне у них легко и быстро может развиваться фобический невроз.

Индукция диагноза наследственного заболевания может стать реальным в случаях тщательного изучения врачом-педиатром анамнеза болезни ребенка. Например, в стационар поступает ребенок с диагнозом «лейкоз». Врач расспрашивает родителей о возможных заболеваниях крови в нескольких поколениях, в частности задает вопрос: «Не умирал ли кто-либо из родственников нынешнего и предшествующих поколений от заболеваний крови?»

Родители начинают каждый по своей родословной линии мучительно вспоминать причины смерти их родственников и вдруг кто-то из них наталкивается на такой случай. Это обстоятельство наводит родителей госпитализируемого ребенка на самые мрачные размышления, ибо у них появляется мысль о возможности смерти их ребенка от такой же болезни. Свои мысли они не выражают вслух, но переживают состояние тяжелого потрясения. Таким образом, индукция диагноза может происходить по линии «родители—родители» (здесь диагноз «страшного» заболевания ставят отец и мать ребенка) и по линии «врач—родители», когда неосторожное поведение врача (при сборе анамнеза или в другой ситуации) подталкивает родителей к выводу о наличии у их ребенка смертельно опасного наследственного заболевания или другого недуга.

Можно говорить и о третьем варианте индуцированного диагноза, генез которого развивается по линии «родители—ребенок». Такое случается тогда, когда родители, установив «свой» диагноз болезни, создают вокруг ребенка нервную обстановку

ку, излишне его опекают и оберегают и, в конце концов, доводят до состояния реактивного, фобического невроза и др.

К числу причин, способствующих появлению ятрогении, следует отнести фактор молчания врача в тех случаях, когда ребенок или его родители с нетерпением ждут каких-либо разъяснений по волнующим их вопросам, имеющим отношение к диагнозу, лечению, прогнозу заболевания.

Излишняя молчаливость, недомолвки в беседе с пациентом и особенно с его близкими создают у последних впечатление, что врач скрывает нечто страшное, старается не проговориться, боится сказать лишнее. Такое впечатление усугубляется в некоторых случаях его мрачным или безучастным выражением лица, реакцией недовольства на попытку родителей получить информацию о заболевании, лечении, прогнозе.

Некоторые родители больных детей, а порой и пациенты врачей-педиатров (чаще подростки) делают настойчивые попытки получить дополнительные сведения о болезни из научно-популярных книг, журнала «Здоровье», медицинских справочников, монографий, «Большой медицинской энциклопедии». Хорошо это или плохо?

Приведем пример. Мальчик 14 лет долго и настойчиво искал в медицинских книгах ответ на вопрос, который его очень волновал — он хотел выяснить происхождение имеющегося у него уплотнения на мошонке.

В справочнике по венерическим болезням он нашел описание твердого шанкра и поставил себе «диагноз» этого опасного заболевания. Далее начались его мучительные переживания и опасения за свое здоровье и будущую жизнь. После долгих колебаний подросток решил обратиться к врачу-дерматологу, который без всякого труда распознал наличие у подростка атеромы. Такой поворот дела оказался для мальчика успокоительным, и он прекратил свои «экскурсии» по медицинской литературе. Из сказанного следует, что излишняя «любопытность» больного иногда приводит к нежелательным результатам. Умение поступать таким образом, чтобы действия врача не наносили больному ребенку или подростку психическую травму, должна прививаться в стенах медицинского вуза. Если преподаватель своим личным примером учит будущего врача, как надо строить свои контакты с больным ребенком, как при этом беречь его от стрессогенных воздействий, он преподносит уроки профилактики ятрогении, гуманного отношения к больному.

Обсуждение болезни ребенка в присутствии самого больного или его родителей и родственников врачу надо проводить

тактично, осторожно, избегая терминов, которые могут травмировать психику пациента и его близких.

Например, даже такое «невинное» выражение, как «печень и селезенка не прощупываются», может вызвать у ребенка и его близких тревожные мысли: «А что случилось с этими органами, куда они исчезли?» Вообще надо всячески избегать в присутствии детей, особенно мнительных, каких-либо разговоров об их болезнях даже с родителями. Если же такой разговор происходит, врачу следует направлять содержание его в оптимистическое русло, чтобы его слова могли приободрить пациента, рассеять страхи, мучительные сомнения.

В заключение считаем необходимым отметить, что основу профилактики ятрогении составляет не только чуткое и внимательное отношение медицинских работников к больному ребенку и его родителям, но и знание ими детской психологии в условиях нормы и патологии, постоянный самоконтроль за своими словами и действиями, стремление сделать все возможное для защиты детского организма от любого психотравмирующего воздействия.

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Современные данные физиологии и клинической медицины доказывают, что в условиях нормы и патологии существует тесное взаимодействие коры головного мозга и внутренних органов.

Любая серьезная болезнь в детском возрасте — это обязательно стресс, обусловленный воздействием на психоэмоциональную сферу ребенка патологических процессов (интоксикации, гипоксии, аллергии, воспаления и др.), госпитализации, диагностических и лечебных процедур, а также контактов больного с медицинским персоналом. Следовательно, болезнь — это не только чисто физическое страдание, но и серьезное испытание личности ребенка или подростка.

Известно, что методами психотерапии (через кору большого мозга) можно влиять на функциональное состояние внутренних органов больного. В зависимости от целей психотерапии следует говорить о двух основных направлениях психокоррекции: охранительной, направленной на ослабление болезненных и других тягостных ощущений больного, смягчение эмоционального реагирования, и стимулирующей, мобилизующей компенсаторные и резервные силы организма. На практике они используют-ся одновременно, дополняя друг друга.

Психотерапия может быть как общая, так и частная (специальная). Общая направлена на любого больного с целью поднятия его психоэмоционального тонуса при помощи охранительного-восстановительного режима, что благоприятно сказывается на динамике соматического, инфекционного или нервного заболевания, повышает эффективность медикаментозной терапии и других методов лечения, способствует преодолению последствий «госпитализма» и социальной дезадаптации.

Методическую основу общей психотерапии в педиатрии составляет рациональная организация лечебно-охранительного режима в детской больнице и поликлинике. Практическое решение ее задач включает индивидуальный подход врача к личности больного, психотерапевтическую коррекцию невротических «наслоений», организацию оптимальных условий для развлечений, занятий любимым делом в условиях больницы или санатория, достаточное пребывание на свежем воздухе, общение с родителями и близкими.

Во время пребывания в стационаре возможно отрицательное психологическое воздействие одних больных на других, особенно если в одной палате находятся больные с одинаковыми по характеру, но разными по тяжести заболеваниями. Такое явление называют эгротогенией. Для ее предупреждения необходимо правильно комплектовать палаты в детских больницах с учетом психологической совместимости больных, деликатно выяснять характер взаимоотношений больных друг с другом и при необходимости переводить в другую палату пациента, негативно влияющего на психику соседей по палате.

Частная (специальная) психотерапия строится на основе глубокого изучения психоэмоциональных особенностей личности больного, направлена она, прежде всего на устранение страхов ребенка перед своей болезнью, операцией, различными диагностическими и лечебными процедурами и другими стрессогенными воздействиями. Кроме того, специальные приемы психотерапии позволяют лечить многие соматические и нервно-психические заболевания в детском возрасте, если в генезе их значительное место занимают функциональные расстройства ЦНС.

Частная психотерапия может быть индивидуальной или групповой, когда сеансы лечения одновременно получают несколько человек.

Частная психотерапия возможна лишь при наличии доверия больного ребенка к врачу, тесного взаимодействия («партнерства») между ними, направленного на восстановление психиче-

ского и физического здоровья пациента. При этом имеет значение степень внушаемости больного, отношение его к своей болезни.

Резонным нам представляется мнение о том, что в процессе психотерапии происходит слияние психокоррекции с воспитанием ребенка, в частности, с развитием у него волевых качеств характера, умения управлять своими эмоциями, подавлять фобии.

Психотерапевтическое воздействие может усилить эффективность применяемых химиопрепаратов, но и применение последних также может потенцировать эффективность различных приемов психотерапии (транквилизаторы, седативные средства, ноотропы и др.).

Нередко удается повысить эффективность лекарственного средства при помощи словесного внушения. Например, врач, назначив подростку, страдающему бронхиальной астмой, теофедрин, объясняет: «Это лекарство принесет тебе значительное облегчение, так как оно улучшает функцию бронхов и действует успокаивающим образом на нервную систему. Когда тебе станет совсем хорошо, дозу этого препарата надо будет уменьшить и далее ты вовсе обойдешься без него».

Вот еще пример. Ребенок в возрасте 10 лет, страдающий неврастенией с явлениями вегетососудистой дистонии, жалуется на головную боль и боль в области сердца, повышенную утомляемость в связи со школьными нагрузками. Врач-консультант назначает больному щадящий режим умственных и физических нагрузок, седативные лекарственные средства. Свои предписания он дополняет словесным внушением: «Назначенное лечение обязательно принесет тебе облегчение, если ты будешь строго выполнять все мои советы. Сердце у тебя совершенно здоровое, а боли в нем являются следствием утомляемости твоей нервной системы. Пройдет и головная боль, надо немного подождать». После этих слов врач замечает, что тревожное выражение лица ребенка сменяется улыбкой, куда-то уходят мучительные мысли о «больном сердце», внушенные участием врачом на почве излишнего акцентирования внимания на изменениях со стороны сердца.

Психотерапия в педиатрической практике обычно дополняется и другими лечебными факторами, благоприятно действующими на ЦНС (электросон, физиотерапия, нормализация режима дня и др.).

Психотерапия в детской соматической клинике особенно показана при хронических заболеваниях сердечно-сосудистой

системы, органов дыхания, пищеварения, печени, почек и других органов, сопровождающихся астеническим симптомокомплексом и явлениями вегетативной дистонии.

Неврозоподобная симптоматика в сочетании с симптомами сосудистой дистонии обычно является следствием патологических рефлекторных и прямых воздействий на ЦНС со стороны пораженных внутренних органов. В то же время, психовегетативные нарушения ухудшают течение хронического соматического заболевания. «Порочный круг» взаимных неблагоприятных влияний коры полушарий большого мозга и внутренних органов как бы замыкается и разорвать его можно лишь при помощи психотерапии, если она проводится методически правильно.

Сущность основных методов психотерапии, которые можно применять в педиатрической практике, состоит в следующем.

Рациональная психотерапия с помощью приемов логического убеждения и аргументированного обоснования воздействует на психику больного в желаемом для врача направлении (успокоить его, ослабить или снять страх; дать согласие на проведение неприятной диагностической или болезненной лечебной процедуры и др.). Этот метод позволяет мобилизовать волю больного для активного его соучастия в преодолении тяжелого недуга, ослабить или устранить влияние стрессового состояния коры полушарий большого мозга на патологически измененные внутренние органы, убедить пациента в необходимости терпеливо переносить различные ограничения (двигательные, диетические и др.). Чтобы доводы врача в процессе рациональной психотерапии были достаточно убедительными, допустимо в разумных пределах рассказать больному и его родителям о заболевании, механизмах действия назначенных лекарственных препаратов, физиотерапевтических процедурах и др. Чрезвычайно необходима рациональная психотерапия тем больным, которые из-за длительного пребывания в стационаре теряют веру в возможности медицины и неохотно принимают препараты.

Метод рациональной психотерапии доступен каждому врачу-педиатру и должен находить ежедневное и повсеместное применение в практической педиатрии.

Суггестивная терапия — метод внушения в состоянии бодрствования при помощи словесного воздействия. Цель суггестивной терапии — убедить больного в эффективности проводимого лечения, вселить уверенность в выздоровление, рассеять фиксированные отрицательные эмоции (страх, неуверен-

ность и др.). Перед применением данного метода врач должен изучить особенности личности больного, войти в его внутренний мир, завоевать его доверие и расположение, выяснить те нарушения в психоэмоциональной сфере, которые нуждаются в коррекции. Формулу внушения врач подбирает индивидуально, с учетом возраста, пола ребенка, его темперамента, степени внушаемости, характера и тяжести заболевания.

Гипноз (в состоянии промежуточном между сном и бодрствованием) проводят в специальном помещении (гипнотарии) подготовленные врачи. Научное обоснование этого метода лечения сделано И. П. Павловым и его учениками.

Перед сеансом гипноза больного готовят: его убеждают в целесообразности и полезности данного метода лечения, изучают степень его внушаемости.

Сеансы проводят, как правило, во второй половине дня по разработанной программе. Вначале ребенка гипнотизируют (эта процедура занимает около 15 мин), затем проводят негромким, монотонным голосом лечебное внушение (около 10 мин), потом следуют периоды гипнотического отдыха (20—40 мин) и дегипнотизации.

Методика активного самовнушения (аутогенная тренировка) построена на основе использования внутренней речи, с помощью которой больной отдает себе мысленные распоряжения. Последнее позволяет создать фон эмоционального и мышечно-го расслабления, что особенно необходимо при нарушениях сна, неврозах, вегетоневрозах. Врач с учетом индивидуальных особенностей личности пациента подбирает формулу словесного самовнушения в виде комплекса упражнений, которые больной заучивает в течение нескольких дней, а иногда и недель. Метод более эффективен, если его применяют перед сном или сразу после пробуждения.

Семейная психотерапия используется в педиатрии часто и основывается на привлечении родителей и родственников ребенка к ее проведению в целях благотворного влияния на психоэмоциональное состояние больного. С этой целью врач информирует родителей ребенка и других близких ему лиц о том, каким должно быть их общение с больным, чтобы оно помогло снять эмоциональное напряжение и чувство страха у пациента, убедить его в необходимости строго соблюдать режим дня стационара, лечебную диету, соглашаться на проведение диагностических и лечебных процедур, порой болезненных и неприятных.

Эстетотерапия (эстетическая психотерапия), созерцание прекрасного в детском отделении, с помощью декоративных элементов. Этот метод применяется с участием детей санатории.

При лечении детей используют различные средства, позволяющие активнее прослушивать и воспринимать индивидуальные особенности каждого пациента. Одним из таких средств является громкая (при повышенной громкости) хорошо тонирующая музыка во время утихомиривания.

При организации лечения с тем, что больной нередко негативно реагирует на раздражители, которые их раздражают.

Использование литературы доступно для детей: маленьким детям читают взрослые, подросткам — подростки, пользуясь собственными силами, а врачам, родителям, которые попадают в больницу, соответствующая литература должна быть предоставлена. Надо предупредить о том, что остросюжетные романы и другие полезные книги.

Основная цель психотерапии — устранение факторов, вызывающих заболевание, и устранение последствий болезни, заставляющих больного страдать.

Нередко больные используют образ, который они создают в своем воображении, чтобы справиться с болезнью. В литературе описаны случаи, когда больные, используя свои возможности, достигали значительных успехов в лечении.

Эстетотерапия — метод лечения, при котором с психотерапевтической целью используются музыка, чтение книг (библиотека), созерцание природы или посещение «живого уголка» в детском отделении, где установлен аквариум с рыбками, красивые декоративные растения и др.

Этот метод лечения особенно эффективен, если он применяется с участием педагога, работающего в детской больнице или санатории.

При лечении музыкой находят применение технические средства, позволяющие проводить индивидуальное и коллективное прослушивание музыкальных произведений. Здесь необходим индивидуальный подход в каждом конкретном случае. Одним пациентам полезна музыка медленная, приглушенная (при повышенной возбудимости ЦНС), другим — бодрая, умеренно громкая (при депрессии психоэмоционального тонуса). Хорошо тонизирует нервную систему ритмичная, мажорная музыка во время утренней или лечебной гимнастики.

При организации музыкальной терапии необходимо считаться с тем, что больные с серьезными, тяжелыми заболеваниями нередко негативно реагируют на громкую, веселую музыку, которая их раздражает и утомляет.

Использование с лечебной целью чтения художественной литературы доступно как в дошкольном, так и школьном возрасте: маленьким детям книги (сказки, рассказы, стихотворения) читают взрослые, а дети школьного возраста читают книги сами, пользуясь собственной или библиотечной литературой. Педагогам, врачам, родителям надо заботиться о том, чтобы книга, которая попадает в руки больного, имела оптимистическое содержание, соответствовала уровню развития ребенка, не утомляла его из-за мелкого шрифта, серой бумаги, большого объема. Надо предупреждать чрезмерное увлечение детей и подростков остросюжетными произведениями, когда больные часто читают книгу «запоем», игнорируя прогулки на свежем воздухе и другие полезные для их здоровья мероприятия.

Основная цель использования книг как психотерапевтического фактора — увести больного от навязчивых мыслей о своей болезни и, сопутствующих ей неприятных, тягостных ощущениях, заставить его с оптимизмом смотреть в будущее, укрепить волю, стойкость, терпение.

Нередко больной ребенок выбирает себе из художественной литературы образ, которому старается подражать и тем самым мобилизует свои возможности и резервы для борьбы с недугом и сопутствующими ему трудностями. Особенно склонны к это-

му дети младшего и среднего школьного возраста, способные искренне восхищаться героем и мужеством его поступка, поэтому для них следует подбирать художественные или документальные произведения с учетом сказанного (имаготерапия).

Игровая психотерапия применима практически в любом детском возрасте, ибо позволяет создавать ситуацию большого увлечения ребенка и подростка предметом и содержанием игры, дает возможность врачу направлять его мысли и эмоции в нужном направлении.

Нами разработана и внедрена в практику работы детских лечебных учреждений методика игровой психотерапии при подготовке к проведению гастродуоденального зондирования детей в возрасте 4—14 лет с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы [Еренкова Н.В.].

В литературе имеются указания на то, что проведение таких стрессогенных исследований, как гастродуоденальное зондирование, фиброгастродуоденоскопия, рН-метрия, допустимо осуществлять в детском стационаре лишь спустя 10—12 дней после госпитализации ребенка, т. е. после хорошей адаптации его к больничной обстановке.

Наши исследования показали, что хорошо организованная психотерапия позволяет эффективно проводить эти исследования уже через 3—4 дня после поступления ребенка или подростка в больницу.

Основу такой подготовки к процедуре стрессогенного исследования составляет игровая психотерапия, которую мы проводим в кабинете психоэмоциональной разгрузки, оснащенном для этого всем необходимым.

Наблюдения Н.П. Аникеевой показали, что игры — очень эффективное средство психотерапевтического воздействия на детей с заторможенной речью, мнительных, избегающих общения с другими детьми, не вступающих в коллективную деятельность, панически боящихся диагностических и лечебных процедур в стационаре.

Поэтому мы отбирали для игровой психотерапии, прежде всего тех больных, которых пытались зондировать ранее, но безуспешно из-за бурной оборонительной реакции. В эту группу включались также дети и подростки, не зондировавшиеся ранее, но боящиеся этой процедуры.

Нами проводилась как индивидуальная, так и групповая психотерапия. В каждую группу входили по 3—4 человека, объединяемых возрастом в пределах 4—6, 7—8, 9—11 и 12—14 лет. При комплектовании групп старались учитывать стремление

больных к партнерству на основе личных взаимных симпатий, дружеских контактов, сложившихся между соседями по палате. Опыт показал, что сама по себе коллективная игра часто «рас- тормаживает» некоммуникабельных детей, является поводом для начала приятельских отношений между больными, улучшает их настроение, становится источником бодрости и активности пациента, вызывает желание в дальнейшем посещать кабинет психоэмоциональной разгрузки. И еще одна важная деталь — поскольку игровую психотерапию организует и контролирует врач-педиатр (владеющий методикой психотерапии), то в процессе игр у детей вырабатываются чувства симпатии, доверия, привязанности и даже любви к врачу, что позволяет ему безраздельно властвовать над психоэмоциональной сферой своих подопечных.

Игра укрепляет волевые качества ребенка, так как он не только ставит перед собой какие-то задачи, но старается самостоятельно разрешить их, преодолевая при этом определенные ситуационные трудности.

Когда больной впервые входит в кабинет психоэмоциональной разгрузки и видит там много игрушек, то вначале чувствует себя скованно, но потом быстро осваивается с обстановкой, выбирает себе 1—2 игры или игрушки и с увлечением играет.

Врач, которому предстоит провести зондирование, наблюдает за игровым поведением больных, включает и выключает магнитофон и проигрыватель с грамзаписями сказок, рассказов, стихотворений, организует условия для рисования, работы с пластилином, просмотры слайдов, в общем, заботиться не только об игровой обстановке, но в определенной степени создает «домашний стереотип».

Мы убедились, что группы детей численностью 4—5 человек для игр являются оптимальными.

После периода эмоционального расслабления врач предлагает детям ролевую игру в больницу, школу, детский сад, дом. Если ребенок не проявляет интереса, надо выждать, не настаивать на немедленном участии в ней. Однако опыт показывает, что даже внешне пассивные больные довольно быстро осваиваются с обстановкой и начинают вначале вяло, а затем с увлечением участвовать в ролевой игре — ведущем виде деятельности детей дошкольного возраста.

Наиболее эффективная форма ролевой игры при подготовке к гастродуоденальному зондированию детей 4—7 лет — «игра в больницу». При этом моделируется обстановка кабинета гастродуоденального зондирования: в распоряжение играющих

предоставляется настоящий полихлорвиниловый зонд, штатив с обычными пробирками, распределяются среди детей и роли: один берет на себя «функции» медицинской сестры, другой — пациента, который должен подвергаться зондированию. Роли дети распределяют между собой добровольно.

Содержание игры сводится к тому, что под контролем врача ребенок, исполняющий роль медицинской сестры, вводит конец зонда в рот другому ребенку, выступающему в роли зондируемого, и предлагает (с помощью врача) закрыть рот, а затем делать глотательные и дыхательные движения примерно по такой же методике, как это осуществляется в реальной действительности при зондировании.

Чтобы вызвать какую-то положительную реакцию у «зондируемого», в рот ему вводят зонд, конец которого смочен холо-сасом (приятный вкус его дети воспринимают с удовольствием).

Некоторые дети-дошкольники не проявляют интерес и желание участвовать в описанной выше ролевой игре «в больницу». Им предлагаем другой вариант этой игры: ребенок, выполняющий роль медсестры, вводит конец настоящего зонда в рот куклы (в дырочку, заранее сделанную в области губ), а сам в это время делает глотательные и дыхательные движения, осуществляемые по команде врача. При игре «в больницу» желательно, чтобы роль медицинской сестры кабинета зондирования выполнял вначале ребенок или подросток, ранее многократно зондировавшийся, а затем дети меняются ролями. В игре должны обязательно участвовать больные, у которых после прежних неоднократных зондирований не выработалось чувство страха перед ними, которые могут своими реакциями приободрить партнеров по игре, ослабить или снять у них страх.

После окончания ролевой игры полезно провести групповой разбор ее, сделать выводы, имеющие психотерапевтическое значение.

Вот пример такого разбора. Врач спрашивает:

— Ребята, вам было больно или неприятно, когда вводили зонд?

— Нет.

— Вам нравится зонд?

— Да.

— Кто хочет зондироваться по настоящему?

— Все.

Применение ролевой игры «в больницу» позволяет снять страх пациента перед процедурой гастродуоденального зондирования, убедиться в безвредности и безболезненности этого

исследования, выработать положительную реакцию больных на роль врача в предстоящей процедуре. В сочетании с другими методами подготовки ребенка к гастродуоденальному зондированию игровая психотерапия позволяет провести это исследование у всех детей, независимо от их исходного состояния; наличия выраженной фобии к зондовой процедуре.

Различные методы психотерапии (гипносуггестивная терапия, аутогенная тренировка, их сочетание, внушение в состоянии бодрствования) успешно применяли А.В. Папаян, А.И. Нахимовский и А.В. Орлов в целях лечения бронхиальной астмы у детей и подростков в возрасте от 5 до 16 лет. Психотерапию они проводили только при условии малой эффективности других лечебных методов в приступном, послеприступном и внеприступном периодах.

Авторы рекомендуют следующий примерный план психотерапии. Вначале врач беседует с ребенком и его родителями, выясняя при этом особенность личности больного: контактность, интеллект, адекватность самооценки, глубину переживаний в связи с болезнью, уровень оптимистической настроенности. Дальнейшая тактика психотерапии (выбор способа) определяется поставленными задачами — при долговременном лечении бронхиальной астмы, например, предпочтение отдается рациональной психотерапии, а также аутогенной тренировке (если этот метод оказывался приемлемым для больного). В случае необходимости купирования приступов бронхиальной астмы целесообразна гипносуггестивная психотерапия, внушение в состоянии бодрствования. Оправдана при этом и рациональная психотерапия.

Дальнейшая тактика психотерапии зависит от эффективности этого метода лечения — при отсутствии положительного результата от одного метода лечения его заменяют другим. На всех этапах лечения проводилась семейная психотерапия. Цель ее — методом убеждения снять тревожное состояние, эмоциональный стресс у всех членов семьи, нормализовать внутрисемейные отношения.

Примерно у 65 % больных были получены хорошие или отличные результаты. При этом авторы отмечали, что лечение бронхиальной астмы предпочтительнее проводить с помощью глубокого гипноза.

С успехом метод гипнотерапии в педиатрической клинике применял И.П. Брызгунов при вегетодистониях у детей школьного возраста. Проводились сеансы гипноза в группе, состоящей из 4—6 детей, вначале ежедневно, а затем с перерывом в

2—3 дня. Курс лечения состоял из 8—16 сеансов продолжительностью 2—3 ч.

Погружение детей в гипнотический сон достигалось с помощью внушения (словесное воздействие производилось монотонно и равномерно). В процессе гипноза детям внушалось спокойное состояние после пробуждения, бодрое самочувствие, хорошее настроение.

Следует отметить что метод гипносуггестивной терапии может быть применен для лечения истерии, нервных тиков, ночных страхов.

ОСНОВЫ ВОСПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ И ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Больной ребенок в семье обычно живет в обстановке повышенного внимания к себе со стороны родителей и близких. Конечно, все они при этом руководствуются самыми добрыми чувствами и благими намерениями. Однако чрезмерная опека в подобной ситуации часто ведет к формированию у них эгоистических наклонностей в мышлении и поведении, затрудняет установление правильных взаимоотношений с окружающими, в значительной мере ослабляет волю больного и его активность в борьбе за выздоровление. Опасность развития эгоистических черт характера становится особенно реальной в случаях хронического течения болезни, когда родительская жалость по отношению к больному иногда переходит всякие границы.

Из практики известны случаи, когда хронически больные дети школьного возраста, чувствуя себя обиженными и обойденными, стремились привлечь к себе внимание и заботу взрослых путем симулирования симптомов обострения болезни, ухудшения своего самочувствия, а при неудовлетворении их необоснованных желаний выражали свой «протест» истерическими реакциями (порой наигранными), жестокими действиями по отношению к родителям. Сказанное выше делает очевидной необходимость в интересах самого же больного контролировать внешние проявления родительской любви к нему своим спокойным, сдержанным и заботливым отношением.

Результатом неправильного «оранжерейного» воспитания детей в семье является так называемый гармонически-психический инфантилизм, выделенный как отдельная нозологическая форма детским психиатром Г.Е. Сухаревой.

Наблюдения М.И. Деянова показали, что данное патологическое состояние проявляется обычно с 7—8-летнего возраста ре-

бенка и выражается в заметном отставании темпа его психического созревания. В поведении таких детей преобладают слабо контролируемые эмоциональные реакции, беспечность, безволие, лабильность настроения, обидчивость, внушаемость, бурное выражение чувств и быстрая истощаемость нервной системы, неумение преодолевать трудности, нежелание подчиняться определенному режиму, делать выводы из допущенных ошибок. К школьным нагрузкам они маловыносливы, легко отвлекаются и с трудом сосредотачиваются, замечания старших воспринимают как обиду и реагируют на них негативно.

Постепенно к 11—12 годам психическая незрелость у большинства таких детей уменьшается и к юношескому возрасту их интеллект достигает уровня сверстников. Важная мера профилактики гармонического инфантилизма — правильное воспитание ребенка раннего, и дошкольного возраста в условиях семьи.

Преодоление гармонического инфантилизма достигается с помощью правильно подобранных педагогических приемов. Более сложно бороться с так называемым дисгармоническим инфантилизмом, который обнаруживается в раннем детском возрасте и является следствием не столько дефектов воспитания, сколько органического поражения головного мозга во время беременности, родов или впоследствии.

При данной форме инфантилизма обнаруживается психическая незрелость в сочетании с дисгармонией в эмоциональной сфере. Помимо описанных выше признаков, характерных для гармонического инфантилизма, при дисгармоническом наблюдаются такие аномалии поведения детей, как агрессивность, импульсивность, драчливость, склонность к конфликтам, ссорам и др.

Выравнивание психики и поведения у лиц с дисгармоническим инфантилизмом происходит обычно (70—80% случаев) к юношескому возрасту.

Преодоление данного патологического состояния достигается за счет сочетания педагогических приемов с медикаментозной терапией (применяются седативные средства, ноотропы, витамины и др.) и физиотерапевтическими методами. Следует также считаться с тем, что дети и подростки с дисгармоническим инфантилизмом могут совершать асоциальные поступки, поэтому нуждаются в пристальном внимании родителей, педагогов, а иногда и милиции.

Система семейного воспитания данного контингента детей и подростков строится на основе развития и укрепления у них тормозных реакций и воли, настойчивого прививания интереса к

физкультуре, спорту, различным видам творческого и общественно-полезного труда.

Известный педагог В.А. Сухомлинский в своей книге «Сердце отдаю детям» писал, что примерно у 85% всех неуспевающих школьников можно обнаружить какие-либо нарушения в состоянии здоровья.

Из-за детской подвижности эти недуги могут быть как бы замаскированными, скрытыми, но, в конечном счете, они отрицательно сказываются на учебе.

Больные дети часто пропускают школьные занятия, быстро устают, особенно на последних уроках, у них резко падает работоспособность в последние дни недели. К таким школьникам необходим индивидуальный педагогический подход — освобождение от некоторых уроков, введение дополнительного выходного дня, сокращение продолжительности некоторых учебных занятий повышенной трудности и др.

Среди воспитанников детских дошкольных учреждений и учащихся школ могут встречаться дети с врожденными или приобретенными дефектами физического развития (аномалии опорно-двигательного аппарата, обширные гемангиомы, отставание в росте и др.). В таких случаях от педагога требуется большая тактичность и деликатность во взаимоотношениях с ребенком, имеющим видимые анатомические дефекты, недопустимо фиксировать внимание самого ребенка или окружающих на физическом недостатке. Следует предупреждать и пресекать любые обидные замечания или шутки, адресуемые тому, у кого имеется физический или другой дефект (например, заикание), создавая таким образом, вокруг него здоровую психологическую атмосферу.

В домашних условиях хронически больному ребенку необходимо придерживаться распорядка дня, включающего дневной сон (после возвращения из школы или перед ее посещением). Такой пассивный отдых продолжается обычно в течение 1—2 ч.

Благоприятное влияние на общий тонус и настроение ребенка оказывает оптимальная рабочая обстановка в домашних условиях: удобное рабочее место (письменный стол или парта), рациональное его освещение, наличие расположенных вблизи книжных полок или шкафа, эстетическое оформление помещения, систематическое проветривание его. Такой рабочий стереотип дополняется созданием четкого режима труда и отдыха, включая большие и малые паузы для последнего, прогулки на свежем воздухе и др.

В соответствии с рекомендациями врача необходимо проводить осторожное закаливание организма больного, придерживаться рационального питания, обеспечивать полноценный сон. Недопустимо, чтобы ослабленный продолжительной болезнью ребенок долго засиживался у экрана телевизора, просматривая остросюжетные и другие передачи, возбуждающие и волнующие его.

Родителям и учителям школ полезно периодически встречаться со школьным врачом, чтобы получить хотя бы ориентировочные сведения о начальных признаках наиболее частых заболеваний, характерных для детского возраста. Прежде всего, речь идет о функциональных нарушениях ЦНС, которые начинаются исподволь, но в последствии могут приобретать тяжелое течение.

Некоторые ослабленные дети, и особенно подростки, испытывая к концу дня ощущение выраженной усталости, пытаются поднять свой «жизненный тонус», повысить умственную работоспособность путем употребления крепкого кофе или чая, иногда делая это и в утренние часы, как бы «заряжаясь» энергией на целый день. Такая «тактика» ничего хорошего не приносит, поскольку стимуляция мозга крепким чаем или кофе во время завтрака способствует повышению возбудимости нервной системы, вызывает нервозность и раздражительность, а вечерний чай или кофе нарушают сон, делая его поверхностным, беспокойным и непродолжительным. Ночной сон также нарушают плотный ужин, резкие отрицательные эмоции, горячий душ.

Широкие возможности для реализации задач лечебной педагогики имеются в детских санаториях самого различного профиля. Этому вопросу посвящено значительное число работ [Лебедева В.А.; Коган А.Г.; Тамбовцев П.Д., и др.].

Суммируя данные литературы, можно определить основные задачи лечебной педагогики в условиях детского санатория, а также средства их реализации.

1. В детском санатории создается общая обстановка и психологический климат с таким расчетом, чтобы дети жили в течение всего срока лечения в атмосфере спокойствия, душевного равновесия, положительных эмоций, удовлетворения своих физических и интеллектуальных нужд, запросов и интересов, получали полезные знания, обогащались культурными и гигиеническими навыками.

2. Педагоги с помощью врачей и медицинских сестер обязаны создать дружный детский коллектив, в котором каждый чув-

становал бы себя как дома, а окружающие их взрослые люди в какой-то мере заменяли родителей и других близких.

3. Учитель и педагог-воспитатель должны строить свою работу с детьми с учетом индивидуальных особенностей. В своем дневнике педагоги обязаны регистрировать данные о родителях ребенка, особенностях его микросоциального окружения, знать привычки, привязанности, интересы, запросы и нужды ребенка, особенности его психоэмоциональной реактивности, поведения, наличие культурных навыков, отношение к взрослым, другим детям, а также вещам (игрушкам, книгам и др.), успеваемость в школе, уровень знаний по тому или иному предмету.

4. В детском санатории с учетом его профиля и контингента больных следует проводить мероприятия, направленные на формирование у детей сознательной дисциплины. Больные должны быть хорошо информированы о правилах поведения в санатории, режиме дня и других сторонах жизни этого лечебно-профилактического учреждения.

5. Все педагогические мероприятия в детском санатории имеют цель не только развлекать, обучать и воспитывать детей, но и повышать эффективность лечебного процесса. Поэтому в лечебной педагогике на практике реализуется тесное сотрудничество педагогов, воспитателей, врачей в интересах сохранения, укрепления физического и психического здоровья ребенка. Все планы работы педагогов должны быть согласованы и скоординированы с врачами и средними медицинскими работниками.

6. Важное средство воспитания и лечения больных детей и подростков в условиях санатория — трудотерапия, в организации которой должны принимать участие педагоги, воспитатели и врачи. Она включает в себя учебные занятия в санаторной школе, выполнение различных трудовых процессов в мастерских, клубах, садово-парковой зоне. Эта работа проводится по специальным программам с учетом состояния здоровья и возраста ребенка, его наклонностей и интересов, предписанного режима. Трудотерапию назначают после хорошей адаптации детей и подростков к санаторному режиму, в соответствии с индивидуальным планом реабилитации больного. Трудотерапия эффективна лишь при сочетании ее с другими лечебно-профилактическими мероприятиями (лечебная физкультура, закаливающие процедуры, рациональное питание и др.).

7. Неотъемлемая часть комплексного лечения детей и подростков в условиях санатория — психопрофилактика и психотерапия, которые основываются на бережном и уважительном отношении к личности каждого ребенка и подростка, стремлении осуществлять весь комплекс диагностических и лечебных про-

цедур с миним
без нее.

Психотера
оформление по
дение культур
тий, использова
гласованность д

Таким образ
выше перечисл
тельных эффек
здоровья хронич

ДЕС
ЛЕКАРСТ

В настоящее
чи лекарственных
ся. На смену уста
значительное чис

Без лекарств
сколько-нибудь с

рапии число их до

Лекарственные
ного и профилакти

физические и душ

ловека, а если эт

дни, месяцы, годы

чества, а в век на

жений химического

неограниченные во

ратов, о которых

могли только мечта

Однако фармак

причиной больших

ухудшить течени

ях, именуемых сег

Более того, гру

лекарственных

правда, такое може

ангской сестры (ан

времени наркотизм

веществу

цедур с минимальной психической травмой, а по возможности и без нее.

Психотерапевтическое значение имеет и эстетическое оформление помещений детского санатория, его двора, проведение культурно-воспитательных мероприятий и учебных занятий, использование приемов психоэмоциональной разгрузки, согласованность действий педагогов и врачей.

Таким образом, включение в систему лечебной педагогики выше перечисленных мероприятий позволяет достичь значительных эффектов реабилитации физического и психического здоровья хронически больных детей и подростков.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИИ

В настоящее время медицина имеет в своем арсенале тысячи лекарственных средств. Число их из года в год увеличивается. На смену устаревшим лекарствам приходят новые. При этом значительное число новых химиопрепаратов в нашу страну импортируется из других стран.

Без лекарственных средств не обходится лечение ни одного сколько-нибудь серьезного заболевания, а при интенсивной терапии число их достигает порой 10—15 и более.

Лекарственные средства предназначены для лечения больного и профилактики болезней, с их помощью врач облегчает физические и душевные страдания пациента, спасает жизнь человека, а если это невозможно, то хотя бы продлевает ее на дни, месяцы, годы. Лекарства — великое изобретение человечества, а в век научно-технического прогресса, огромных достижений химического анализа и синтеза, раскрываются поистине неограниченные возможности для создания таких химиопрепаратов, о которых врачи и фармацевты недалекого прошлого могли только мечтать.

Однако фармакологические препараты порою могут стать причиной больших и малых неприятностей и бед для больного — ухудшить течение болезни, привести к возникновению новых, именуемых сегодня «лекарственными», вызвать осложнения. Более того, грубые нарушения правил назначения и введения лекарственных средств могут привести к гибели больного. Правда, такое может случиться и не по вине врача или медицинской сестры (анафилактический шок, смерть пациента во время наркоза из-за повышенной чувствительности его к наркотическому веществу и др.).

О фармакологической деонтологии в педиатрии

1. Назначая больному ребенку любое лекарственное средство, врач-педиатр должен следовать принципу — «не навреди». Вероятность нанесения вреда здоровью малыша применением того или иного химиопрепарата очень велика, если нарушаются правила клинической фармакологии из-за профессионального невежества, небрежности или невнимательности. Вред здоровью пациента может быть нанесен и в том случае, когда ребенок не получает крайне необходимый ему препарат, который врач мог бы назначить, но не сделал этого по причине своего равнодушия или недостаточной компетентности. Нельзя назначать детям новые лекарства, не получившие еще достоверной проверки в педиатрической практике. Против этого категорически возражал выдающийся педиатр А.А. Кисель: «Как глубоко некультурно поведение врачей, когда они назначают те или иные лекарства больным с такой установкой — «давайте попробуем полечить этим средством». Мы не имеем никакого права пробовать на больных. Мы можем и должны изучать, проверять, но это должна быть непременно научная проверка, взвешенная и обдуманная, а «пробовать» — это преступление».*

2. Врачу-педиатру приходится выписывать рецепты на лекарства во время посещения больного ребенка на дому и поликлиническом кабинете, записывать необходимые фармакологические назначения в истории болезни в специальных листах назначений в условиях стационара и детского санатория. Никаких отклонений от правил при оформлении рецепта или лекарственного назначения в истории болезни не должно быть.

Опыт показывает, что к наиболее частым нарушениям оформления рецепта и назначения лекарств в истории болезни относятся следующие:

— небрежная поспешная и неразборчивая врачебная запись, из которой трудно понять все содержание рецепта или отдельных его компонентов;

— недозволенные сокращения в названиях препаратов, а также в тексте сигнатуры;

— ошибки в дозировке лекарственных средств, в способах их применения;

* Кисель А.А. Из неопубликованных рукописей. — В. кн.: Э.М.Конюс «А.А.Кисель и его школа». М., 1949, с. 207.

- неточность названия на латинском языке самого лекарства и других веществ, с которыми оно назначается;
- неразборчивая подпись врача.

К другим дефектам оформления рецептов следует отнести отсутствие указаний на фармацевтические особенности препарата (таблетки «покрытые оболочкой», «растворимые в кишечнике» и др.), указание в рецепте числа таблеток, драже, ампул и других форм препаратов без учета количества их в упаковке.

Встречаются нарушения и в оформлении рецептов на сильнодействующие препараты и яды, неточные рекомендации о методике их применения.

3. Неэтично назначать больному то лекарственное средство, которое отсутствует в момент выписки его в аптеках данного населенного пункта или вообще не поступает в аптечную сеть.

Врач поступающий таким образом вынуждает больного или его близких безрезультатно посещать множество аптек, раздражаться и нервничать, тратить напрасно силы и время. Поэтому, прежде чем выписать больному лекарство в поликлинике или во время посещения пациента на дому, врач обязан быть уверенным в том, что по его рецепту необходимые лекарственные средства будут непременно выданы. Это деонтологическое правило касается и лекарственных назначений, которые делает лечащий или дежурный врач в стационаре. Отступление от него чревато неприятностями и является причиной жалоб и нареканий со стороны родителей больного ребенка.

В условиях поликлиники и врачебного участка не следует выписывать больному рецепты на лекарства, производство которых уже начато, но они еще не поступили в аптечную сеть и врач не располагает точными сведениями о их наличии.

4. Родители больного ребенка относятся к рецепту, как к ценному документу, имеющему отношение к восстановлению здоровья их сына или дочери. Поэтому недопустимо, чтобы врач небрежно хранил бланки рецептов, которые могут при этом приобретать весьма неприглядный вид. Запись в рецептурном бланке должна быть сделана не только по содержанию, но и по форме предельно аккуратно, четко и разборчиво чернилами или шариковой ручкой, без каких-либо исправлений и пометок.

Крайне плохое впечатление на родителей производит торопливость врача во время выписывания им рецепта, его рассеянность, суетливость. Плохо, если врач не имеет при себе авторучку и просит ее у посетителей, чтобы выписать рецепт.

5. Выписав рецепт, врач обязан подробно рассказать родителям больного, как они должны давать то или иное лекарство, какие могут быть трудности при этом и как их преодолеть (особенно при введении лекарства через рот грудному ребенку), при необходимости указать на возможные побочные явления. Если врач не очень уверен в том, как правильно дать больному лекарство (например, до еды или после), он не имеет права отделаться фразой «это не имеет существенного значения». В такой ситуации лучше сослаться на необходимость уточнить этот вопрос и позже дать (например, по телефону) точную информацию. Подобное случается, когда врачу приходится назначать новые лекарственные средства. Родители негативно воспринимают «расплывчатые» рекомендации врача, касающиеся применения лекарства. Например, врач говорит: «Давайте ребенку эти таблетки по одной 3—4 раза в день». Такой ответ озадачивает родителей: почему 3 или 4 раза? Значит не так важно, сколько таблеток давать больному. Таких сомнений не возникает, если врач говорит твердо и конкретно, какая должна быть доза лекарственного средства, сколько раз ее надо дать ребенку, через какие промежутки времени и в какой связи с приемом пищи.

6. Если в домашней аптечке родителей имеются необходимые для больного лекарственные средства и врач решил некоторые из них назначить ребенку, он обязан лично проверить срок годности препаратов, состояние их с учетом условий хранения, дозы готовых лекарственных форм. При наличии сомнений у врача о пригодности лекарств, имеющихся в домашней аптечке, назначать их ребенку не следует.

Очень важно убедить родителей в необходимости хранить все имеющиеся в квартире лекарственные средства в местах, недоступных для детей. Известно немало случаев тяжелейших отравлений детей дошкольного и даже школьного возраста, которые из-за недосмотра родителей по своей «инициативе» глотали смертельные дозы сильнодействующих и ядовитых препаратов.

7. Периодически в медицине появляются лекарственные средства, которые благодаря рекламе становятся «модными», «престижными» и многие родители больных детей настойчиво просят врача, чтобы такое лекарство было непременно назначено их ребенку.

Возникающий вокруг «модных» лекарств ажиотаж ставит врачей-педиатров порой в трудное положение: они вынуждены часто убеждать родителей в том, что желаемый (или уже приобретенный) препарат не показан их больному ребенку или с

успехом может быть заменен другим. Каждый врач, в том числе и педиатр, может и должен уметь убеждать пациентов и их близких в том, что нет и не может быть панацеи, что каждое лекарственное средство (даже самое «спасительное») назначается по строгим показаниям и стремление родителей любой ценой и любыми средствами достать «всеисцеляющий» препарат часто необоснованно.

Конечно, в педиатрической практике не исключаются ситуации, когда отсутствующий препарат жизненно необходим тяжело больному ребенку и другим лекарственным средством не может быть заменен. В подобном случае именно врачи (а не родители) должны официально обратиться в высшие служебные инстанции (аптекоуправление, Минздрав) с ходатайством о выделении для больного крайне необходимого препарата.

8. Этический аспект имеет вопрос о том, вправе ли врач, фельдшер, медицинская сестра давать больному ребенку в условиях врачебного участка (на дому), в поликлинике или стационаре лекарственные средства «из своих личных запасов» или, как говорят, «из своего кармана». Конечно, когда речь идет об оказании неотложной помощи медиками службы «Скорая помощь» на дому или в другой обстановке, там вопрос решается однозначно: больному или пострадавшему немедленно вводят необходимые лекарственные препараты, которые всегда есть в наличии у данного контингента медицинских работников. Однако некоторые врачи и фельдшера, а иногда и медицинские сестры склонны иметь «аптеку в кармане» или домашнюю аптечку, которую они бесконтрольно пополняют за счет лекарственного фонда больничного отделения или аптеки.

Иначе говоря, речь идет об элементарном разбазаривании лекарств, предназначенных для больных, находящихся на лечении в стационаре, которые лимитируются и должны использоваться строго по назначению. Другое дело, если фельдшер или медицинская сестра получают какие-либо лекарственные средства официально, чтобы доставить их на дом больному, которому положено бесплатное лечение (инвалиду, больному туберкулезом и др.). В этом случае действия медиков законны и этичны. Однако, когда медик любого ранга запасается из больницы аптеки или отделения лекарствами впрок «для дома, для семьи», для своих приятелей и знакомых (порой, не пренебрегая ватой, бинтами, марлей и пр.), он поступает не только аморально, но и кощунственно: ведь речь идет о грабеже (другое слово здесь трудно подобрать) больных людей, беззащит-

ных и беспомощных, для которых лекарство не только благо, но и спасение.

Существуют инструкции о необходимости строгого хранения лекарственных средств в стационарах и других лечебных учреждениях, о тщательном контроле их расходования, учете. Плохо, если эти инструкции нарушают те лица, которые обязаны обеспечивать неукоснительное их выполнение.

9. Существует понятие «авторитет рецепта», обусловленное авторитетом лица, прописавшего его, уровнем профессиональных и нравственных качеств автора рецепта. Об этом хорошо сказал академик И.П. Павлов, характеризуя деятельность выдающегося терапевта С.П. Боткина: «Его обаяние среди больных носило поистине волшебный характер: часто лечило одно его слово, одно посещение больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов, что те же рецепты и, по-видимому, при подобных случаях, оказывались недействительными у них, делая чудеса в руках учителя».

Нечто подобное можно наблюдать и с родителями больного ребенка, когда малышу прописывает лекарство авторитетный врач, который к тому же обладает способностью словесно убедить отца и мать ребенка в действенности назначенного препарата. Недостаточная вера родителей больного ребенка в выписанный препарат (а она нередко начинается с недоверия к личности врача, его профессиональной зрелости) ведет к тому, что родители воздерживаются получить лекарство в аптеке по рецепту, или, получив в аптеке лекарство, не спешат давать его ребенку, дожидаясь «перелома болезни» в лучшую сторону без применения назначенного препарата. Сказанное лишний раз напоминает врачу о необходимости позаботиться о повышении «авторитета рецепта», о возможности спокойно и аргументировано внушить родителям больного мысль о необходимости выполнения врачебного назначения.

10. Примерно такая же этико-деонтологическая тактика должна сопутствовать ежедневной деятельности фармацевтических работников: при отпуске лекарств родителям или родственникам больного ребенка фармацевт должен своими четкими и спокойными рекомендациями укреплять веру родителей больного ребенка и его близких в высокой эффективности отпускаемых препаратов, указать на зависимость лечебного действия лекарственных средств от правильного применения и хранения их.

11. В процессе построения программ лекарственного лечения соматических болезней в педиатрии врачу надо обязательно учитывать механизмы кортиковисцеральных взаимоотноше-

ний в патогенезе
других заболеваний.
В клинике
данных, сви-
ординационных
функцию вну-
кциональных
венная болез-
новать не то-
развития пат-
уровне коры
этим самым с-
ции внутренн-
и дегенератив-
Недооцен-
ний в процесс-
больного реб-
явлениями —
препаратов, де-
нием лекарст-
шенную корко-
мализуют дея-
ной, и других с-
нервной систе-
онтологически-
от тесно связа-
психоэмоциона-
на многие лека-
лительные, де-
могут оказыва-
ЦНС. Действие
жет облегчить
отрицательное
поведенческие
12. Огромная
дическая) лож-
призван оказыв-
ную терапию и
Одна из оши-
ложной помощи
ции — стремле-
вышением их, р-
карственные сре-

ний в патогенезе кардиологических, желудочно-кишечных и других заболеваний.

В клинике детских болезней накоплено много фактических данных, свидетельствующих о возможности отрицательных субординационных влияний корково-подкорковых изменений на функцию внутренних органов с развитием в них не только функциональных, но и трофических, дегенеративных процессов (язвенная болезнь желудка и др.). Следовательно, надо воздействовать не только на звенья патогенеза, но и на весь механизм развития патологического процесса, включая нарушения на уровне коры большого мозга и высших вегетативных центров, этим самым опосредованно восстанавливая нарушенные функции внутренних органов и устраняя возможные дистрофические и дегенеративные процессы в их тканях.

Недооценка врачом кортико-висцеральных взаимоотношений в процессе построения программы лекарственного лечения больного ребенка чревата двумя основными отрицательными явлениями — избыточным назначением фармакологических препаратов, действующих на внутренние органы, и игнорированием лекарственных средств, которые восстанавливают нарушенную корковую функцию и опосредованно через ЦНС нормализуют деятельность сердечно-сосудистой, пищеварительной, и других систем, находящихся под контролем вегетативной нервной системы и коры полушарий большого мозга. Этот деонтологический принцип фармакологии в педиатрии неотделим от тесно связанного с ним вопроса о необходимости учитывать психоэмоциональные и поведенческие реакции больных детей на многие лекарства, которые используются как противовоспалительные, десенсибилизирующие и другие, но одновременно могут оказывать желательные и нежелательные влияния на ЦНС. Действие лекарств на психику соматически больного может облегчить проведение психотерапии, однако возможно и отрицательное влияние фармакологических препаратов на его поведенческие реакции (например, глюкокортикостероидов).

12. Огромная ответственность (моральная, социальная, юридическая) ложится на врача, который по долгу своей службы призван оказывать неотложную помощь, проводить интенсивную терапию и реанимацию.

Одна из ошибок врача или фельдшера при оказании неотложной помощи, проведении интенсивной терапии и реанимации — стремление ввести в максимальных дозах, и даже с превышением их, различные сильнодействующие и ядовитые лекарственные средства порой без учета их совместимости и эф-

фективности в конкретной ситуации. Между тем, известно, что в условиях тяжелого поражения организма, угасания его функций многие лекарственные вещества (особенно ядовитые) оказывают парадоксальный эффект и применять их надо с большой осторожностью, а в некоторых случаях даже отказываться от них.

Поэтому долг врача-реаниматолога и врача службы «Скорой помощи», глубоко и всесторонне изучив основы клинической фармакологии уметь обоснованно и оперативно распорядиться многими сильнодействующими средствами при выведении больного или пострадавшего от несчастного случая ребенка из критического состояния. Осуществляя терапию, направленную на устранение синдрома, угрожающего жизни ребенка в критическом состоянии, врач-педиатр обязан с помощью лекарств одновременно воздействовать и на расстройства других жизненно важных систем.

13. Доступность приобретения многих готовых форм лекарственных средств в нашей стране, издание массовым тиражом различных популярных книг, брошюр и статей на медицинские темы способствовали выработке у части населения легкомысленного отношения к употреблению лекарств без назначения врача.

Почти в каждой семье имеется домашняя аптечка, содержащая порой большой запас самых разных препаратов, включая антибиотики, сульфаниламиды и другие сильнодействующие средства. Пользуясь прошлым опытом применения лекарств для лечения своих детей, а также советом знакомых, соседей и других, непричастных к медицине лиц, родители нередко начинают лечить ребенка без участия врача, рассуждая примерно так: «Не будешь же бежать к врачу по каждому пустяку, например, если у ребенка легкий насморк или кашель».

Однако «пустяк» довольно быстро может перерасти в серьезное заболевание и тогда родители сожалеют, что не воспользовались помощью врача при появлении первых признаков болезни, раскаиваются в своих действиях, связанных с самолечением ребенка. Врачу-педиатру надлежит проводить неустанную работу, направленную на разъяснение вреда самолечения, когда лекарства больному ребенку вводят без достаточного обоснования, учета их совместимости, с грубым нарушением дозировки, кратности введения и других общепринятых принципов индивидуальной фармакотерапии.

Надо проводить разъяснительную работу среди родителей о нецелесообразности обращения к различного рода знахарям, ко-

торые никакого
готовы «исцелят»
менная медицина
ничего общего не
правило, вред.

14. В настояще
наркомании, прич
ростков и даже д
дение привыкания
мым легализованн
медикаменты, таба

Врачи-педиатр
специалисты долж
вающие привыкани
поэтому обязаны п
ентов от подобных

Разумеется, при
ливающих средств
предпочтение нена
ней необходимости

15. Успешное р
детей и подростков
грамотности, испол
совестности медицин
редственно вводить
рентерально и энтер

ней, руководствуясь
но и чувством высок
Независимо от то
таким путем оно вво

придерживаться след
е вправе по собствен
дежащего или дежурн
менять дозу вво

или у медицинской
врачебных назначени
Важно избежать оши
следует быть п
строга контроля
в том, что вводимое
врач. Для этого не

торые никакого отношения к медицине не имеют, но за плату готовы «исцелять» любые болезни детского возраста. Современная медицина использует опыт народной медицины, но этого общего не имеет со знахарством, которое приносит, как правило, вред.

14. В настоящее время остро стоит проблема профилактики наркомании, причем не только среди взрослых, но и среди подростков и даже детей. Одно из ее направлений — предупреждение привыкания детей, подростков и юношей к так называемым легализованным наркотикам, к которым относятся многие медикаменты, табак и спиртные напитки.

Врачи-педиатры, детские хирурги, невропатологи и другие специалисты должны знать, что лекарственные средства, вызывающие привыкание, очень опасны для детей и подростков и поэтому обязаны принимать меры по защите малолетних пациентов от подобных препаратов.

Разумеется, при наличии показаний для применения обезболивающих средств врач обязан воспользоваться ими, отдавая предпочтение ненаркотическим препаратам и только при крайней необходимости прибегать к помощи наркотических средств, но так, чтобы к ним не развилось привыкание.

15. Успешное решение вопросов лекарственного лечения детей и подростков во многом зависит от профессиональной грамотности, исполнительской дисциплинированности, добросовестности медицинских сестер. Именно им приходится непосредственно вводить лекарственные средства больным детям парентерально и энтерально в соответствии с предписанием врачей, руководствуясь при этом не только знаниями и умениями, но и чувством высокого профессионального долга.

Независимо от того, какое лекарство выписано больному и каким путем оно вводится, медицинская сестра обязана строго придерживаться следующих деонтологических принципов. Она не вправе по собственной инициативе (без ведома и согласия лечащего или дежурного врача) заменять одно лекарство другим, менять дозу вводимого препарата или путь его введения. Если у медицинской сестры возникают сомнения, касающиеся врачебных назначений лекарственных средств, она обязана уточнить их у лечащего или дежурного врача.

Во избежание ошибок при введении лекарств медицинской сестре следует быть предельно внимательной и каждое действие строго контролировать. Она должна быть абсолютно уверена в том, что вводимое лекарство — именно то, которое назначил врач. Для этого необходимо прочитать надпись не только

на коробке или ящике, где хранится препарат, но и на ампуле, флаконе, упаковочной коробочке.

В качестве дополнительного контроля следует обратить внимание на цвет этикетки — на препаратах для парентерального введения она будет голубой, на лекарствах для применения через рот — белой, а для наружного употребления — желтой. Недопустимо применять лекарственные средства с истекшим сроком годности или неправильно хранившихся, при наличии признаков порчи фармакологических средств и, если невозможно прочитать надпись на ампуле, флаконе или конвалюте.

Этика труда среднего медицинского работника обязывает его строго соблюдать правила личной гигиены и асептики при введении препаратов методом инъекций и инфузий, следить за субъективными и объективными реакциями больного в частности прислушиваться к жалобам, учитывать изменения в настроении, поведении, наблюдать за выражением лица, окраской кожных покровов и слизистых, частотой пульса, дыхания. При появлении каких-либо побочных реакций на введение лекарственного средства медицинская сестра обязана немедленно информировать об этом врача и получить от него указания о возможности применения в дальнейшем этого препарата.

Долг медицинской сестры — предпринимать необходимые организационные и психопрофилактические меры, чтобы энтеральное и парентеральное введение лекарственных средств осуществлялось с минимальной психической и физической травмой (а еще лучше без нее), в условиях необходимого комфорта, при соблюдении больным и медицинским персоналом норм личной и общественной гигиены.

ДЕОНТОЛОГИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ В ПЕДИАТРИИ

Медицинским работникам службы скорой помощи и реанимации в педиатрии приходится испытывать большие психические, эмоциональные и физические нагрузки, быть свидетелями страданий и горя больного человека и его близких, тяжелых и неожиданных поворотов в течении болезни, летальных исходов.

Такой напряженный труд требует от медиков большой силы воли, выдержки, самообладания, терпения, решительности, оперативности действий, исключительной чуткости и человеколюбия.

Особое значение для труда работников службы скорой помощи и реанимации имеют коллегиальность, согласованность, взаимопонимание и взаимовыручка, стремление объединить

усилия и волю сотрудников для достижения главной цели — спасения жизни человека, восстановления его здоровья.

Трудно, а чаще просто невозможно привыкнуть к чужому страданию и горю, быть внутренне спокойным, видя человеческие трагедии.

Однако в любой ситуации, связанной с оказанием больному неотложной помощи, врач, фельдшер, медицинская сестра обязаны помнить о необходимости контроля за своим поведением, действиями, сказанными словами, выражением лица, жестами, интонациями голоса. Ведь тяжелобольной и его близкие с обостренным вниманием фиксируют порой мельчайшие детали, сопутствующие оказанию скорой помощи на всех этапах этого трудного и сложного процесса.

Страх смерти испытывают многие больные в критических состояниях. Долг медицинского работника — притупить это чувство, снять его, пользуясь всеми возможными средствами.

Еще на догоспитальном этапе врачам нередко приходится прибегать к подаче кислорода, наркозу, искусственному дыханию, массажу сердца, инъекциям и другим мероприятиям, связанным с интенсивной терапией и реанимацией. Во время выполнения всех этих лечебных мероприятий и манипуляций необходимо строго соблюдать правила асептики и антисептики, избегая суеты, по возможности удалив родственников больного.

Даже в самые напряженные минуты следует тщательно контролировать свои слова и поступки. Так, при оказании помощи больным с отравлениями не стоит выражать возмущение по поводу небрежного хранения ядовитых жидкостей, лекарств и др. Необходимо спокойно и оперативно выяснить причину отравления и выполнить необходимые лечебные назначения. Совершенно недопустимо обсуждать при родственниках возможные исходы заболевания, отдаленный прогноз. Приведем такой пример.

Ребенок отравился уксусной эссенцией. Взмолнованные родители спрашивают фельдшера, принимавшего участие в оказании ребенку скорой помощи: «Опасно ли это, какие могут быть последствия?» и слышат в ответ: «Отравление очень опасное, яд попал в желудок, произошло серьезное поражение пищевода. Никаких гарантий мы не даем, так как могут быть тяжелые осложнения, например, сужение пищевода, прободение желудка».

В целом, по своему содержанию ответ правильный — все может случиться. Но с этико-психологической точки зрения ответ грубый, неверный, ибо он усугубил и без того тяжелую психическую травму родителей отравившегося ребенка. Как же должен был ответить фельдшер в подобной ситуации? Единого

рецепта для каждой конкретной ситуации, разумеется, дать нельзя, но фельдшер поступил бы правильнее, если бы ответил так: «Не скрою, отравление серьезное, но вашему ребенку оказана своевременная и квалифицированная медицинская помощь. Сейчас он доставлен в специализированное отделение, где работают врачи высокой квалификации, которые сделают все необходимое, чтобы ребенок скорее поправился. Будем надеяться на благополучный исход. Однако примите все необходимые меры, чтобы подобное не повторилось». Если ребенку кто-то из медиков ранее уже оказывал первую помощь, даже не очень квалифицированную, не надо в присутствии больного, а также его близких критиковать действия других медиков, бросать примерно такие реплики: «Ах, как досадно, что ребенку с самого начала не была оказана необходимая помощь!».

В процессе оказания urgentной помощи неуместны улыбки и шутки тех, кто ее оказывает, а также окрики врача в адрес его помощников, проявления нервозности и раздражительности медиков.

При оказании неотложной помощи пострадавшему в автомобильной катастрофе, при обмороке или другом несчастном случае на улице необходимо перенести больного в санитарную машину и там проводить необходимые срочные терапевтические манипуляции, их продолжают и в пути, но в случае необходимости машину останавливают вблизи дороги для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.

При оказании помощи психически больному ребенку или подростку врач, фельдшер или медицинская сестра должны принять меры для успокоения возбужденного больного, обеспечить безопасность его и окружающих. В таких случаях необходимы спокойные и энергичные действия, быстрое принятие решений с учетом характера заболевания и агрессивности пациента. Чаще состояние возбуждения возникает при шизофрении. Во время приступа следует удалить из помещения всех лиц, кроме тех, которые могут оказать содействие. Необходимо изъять режущие и колющие предметы, которыми больной может нанести травму себе и окружающим, следить за тем, чтобы он не выбросился из окна или не убежал из помещения.

Если больной высказывает бредовые идеи, не следует ни возражать ему, ни соглашаться с ним. Целесообразно спокойно объяснить ему, что вокруг — друзья, которые готовы помочь, защитить, оградить от обид.

В процессе оказания медицинской помощи на дому может наступить клиническая смерть ребенка. Это оказывает на роди-

телей сильное в
своими необдума
необходимые реа
целесообразно т
лиц из помещени
мации.

В работе слу
щее: бригада при
мощь уже не нуж
в их адрес убитые
упреки: «Ну, где в
ребенка, если бы

Родителей мол
они могут быть не
ражениях, грубы и
ловека, переживаю
утешить, однако не
сти. Долг медицин
разить сочувствие
деликатно объяснит
предотвратить. И е
умершего, как бы
здесь нечего.

Исключительно
помощи больному я
Многое при этом зав
деления больницы.

Очень плохо, есл
лении встречаются с н
оправдать подобное с

Каково тяжелобол
отделении такую фраз
нет. Что мне делать —
жет не быть свободны

енников подобной тра
без промедления прин
Тяжелое впечатление
привезли?» — «Да нич
Недопустимо, что
переканья и споры

телей сильное влияние: они могут потерять самообладание и своими необдуманными действиями мешать медикам проводить необходимые реанимационные мероприятия. В такой ситуации целесообразно тактично, но настойчиво удалить посторонних лиц из помещения, в котором осуществляются меры по реанимации.

В работе службы «Скорой помощи» встречается и следующее: бригада прибыла по вызову на дом к больному, однако помощь уже не нужна — он мертв. Вины медиков нет, но иногда в их адрес убитые горем, взволнованные родственники бросают упреки: «Ну, где вы были раньше? Ведь можно было бы спасти ребенка, если бы вы приехали минутой раньше...».

Родителей можно понять. В состоянии тяжелого стресса они могут быть несправедливы в суждениях, некорректны в выражениях, грубы и резки. Они подавлены смертью близкого человека, переживают тяжелую душевную драму, их невозможно утешить, однако не следует и упрекать, обвинять в бестактности. Долг медицинского работника в подобной ситуации — выразить сочувствие близким умершего человека и, может быть, деликатно объяснить, что причину смерти ребенка нельзя было предотвратить. И еще. Не нужно торопиться покинуть квартиру умершего, как бы давая понять его близким — делать нам здесь нечего.

Исключительно важное значение в оказании неотложной помощи больному является его своевременная госпитализация. Многое при этом зависит от организации работы приемного отделения больницы.

Очень плохо, если «обычного» больного в приемном отделении встречают с недостаточным вниманием. Ничем нельзя оправдать подобное отношение и к тяжело больному ребенку.

Каково тяжело больному и его близким слышать в приемном отделении такую фразу: «Опять привезли. Ведь знают же, мест нет. Что мне делать — ума не приложу...». Да, в отделении может не быть свободных коек, но кто дал право работнику приемного отделения травмировать психику больного и его родственников подобной тирадой? Медицинские работники обязаны без промедления принять больного и уже в приемном отделении оказать ему необходимую медицинскую помощь.

Тяжелое впечатление на больного и его родственников производит такой диалог в приемном отделении: «Ну, что там еще привезли?» — «Да ничего особенного, «язву»....».

Недопустимо, чтобы поступающие в стационар слышали пререкания и споры между медицинскими работниками машины

«Скорой помощи» и приемного отделения по вопросам диагноза, показаний к госпитализации, лечения и др.

В условиях сельской местности первую помощь больному часто оказывает фельдшер. Средние медицинские работники должны знать не только теоретические и практические основы оказания помощи больному в доагональном и терминальном состояниях, но и этико-психологические аспекты неотложной помощи.

На основании опыта работы станции «Скорой помощи» в условиях Москвы В. М. Лыков разработал основные этические принципы поведения фельдшеров. Приводим некоторые его рекомендации.

1. Если машину «скорой помощи», прибывшую к дому больного, никто не встречает, не следует кого-то упрекать в этом. Не надо вслух возмущаться и в тех случаях, когда вызов был ложным.

2. Если больной или его близкие отказываются от госпитализации, необходимо тактично настоять на этом. Следует убедить их в необходимости госпитализации, которая больному крайне необходима, а не ограничиваться получением расписки об отказе от лечения в условиях стационара.

3. Во время транспортировки больного, необходимо периодически осведомляться о его самочувствии. Если он хочет поговорить, и его состояние это допускает, нужно поддержать разговор. Необходимо по возможности успокоить пациента, избегая при этом слова «больной», уклоняться от бесед на медицинские темы.

4. Если больной возбужден, настаивает на введении лекарств, не нужно с ним пререкаться. Целесообразно согласиться и приготовить необходимое лекарство, а затем ввести его.

5. Работники службы «Скорой помощи» не должны быть многословными: говорливость утомляет тяжелобольного человека и раздражает его родственников и близких. Даже находясь в бессознательном состоянии, больной может улавливать отдельные слова и фразы, поэтому нельзя в его присутствии говорить «безнадежный», «ему уже ничем нельзя помочь» и др.

Как бы дополняя В.М. Лыкова, свои рекомендации для фельдшера скорой медицинской помощи дает А.Б. Панкратов.

1. Перед выходом на линию фельдшер должен тщательно проверить укомплектованность машины «Скорой помощи» (аппаратура, состояние наборов для реанимации, содержимое ме-

дицинской сумки с необходимыми медикаментами и другое снаряжение).

2. По пути к больному фельдшеру полезно продумать возможную на месте вызова ситуацию, ориентируясь на запись в графе «повод к вызову», мысленно составить примерную схему лечебных мероприятий (например, при приступах бронхиальной астмы).

3. Важно настроиться внутренне и подготовиться внешне для встречи с больным: ровное, спокойное поведение фельдшера, его уверенные действия успокаивают больного и его близких.

Перед осмотром больного надо снять верхнюю одежду, головной убор, вымыть руки. Во время беседы следует быть спокойным, внимательно выслушать больного, его родителей и родственников.

4. В случаях затруднения при постановке диагноза фельдшеру надо не обнаруживать признаков беспокойства и растерянности, а провести необходимые консультации с компетентными врачами. Если такую консультацию фельдшер вынужден срочно получить по телефону из квартиры больного, надо позаботиться о том, чтобы содержание телефонного разговора не доходило до слуха больного и его близких.

Определенная специфика имеется в работе медицинских работников детских реанимационных отделений. Дети более бурно реагируют на диагностические и лечебные процедуры, чем взрослые, тяжело переживают полную изоляцию от других детей и родителей, со страхом наблюдают за процедурами по применению дренажей, зондов, катетеров и других устройств и аппаратов.

Важное значение в работе отделения реанимации имеют психогигиена, психопрофилактика и психотерапия. Необходимо до минимума свести возможность психотравмы ребенка и подростка — заботиться о щажении психики больного всеми возможными средствами, как в период тяжелейших проявлений болезни, так и после них, в процессе восстановления жизненно важных функций организма.

Чем тяжелее болезнь, тем больше человек страдает от своего недуга, тем больше нуждается в утешении и ободрении, внимании и ласке, чутком и заботливом отношении.

Доступ в реанимационное отделение родителей, родственников больного запрещен. Это совершенно правильно, так как они могут занести инфекцию в отделение, мешать врачам и сестрам осуществлять реанимационные мероприятия.

Родители тяжелобольного ребенка, как правило, находятся в состоянии стресса, душевной подавленности, растерянности, порой совершают нелогичные поступки. Они иногда пытаются забрать ребенка домой, настаивают на консилиумах, стремятся «прорваться» в палату и др.

Долг медицинских работников — участливо отнестись к душевной драме родителей и родственников больного, успокоить их, убедить в том, что в отделении реанимации больной круглосуточно получает самое современное комплексное лечение, находится под непрерывным наблюдением врачей, обеспечен высококвалифицированным уходом.

С особой тревогой, настороженностью, предельным вниманием относятся родители и родственники больного к информации о его состоянии. Был случай, когда медицинская сестра, руководствуясь искренним желанием сделать родственникам больного приятное, сообщила им о резком улучшении его состояния и высказала надежду на скорое выздоровление. Однако на следующий день больной умер. Такой поворот событий стал причиной тяжелой душевной травмы родственников умершего, поводом для упреков в адрес медицинских работников, которые «угробили» человека.

Информацию о состоянии здоровья пациента реанимационного отделения должен давать только врач. Медицинская сестра может сообщать сведения об утренней и вечерней температуре больного.

Медицинская сестра реанимационного отделения должна владеть основными приемами оживления (массаж сердца, искусственная или вспомогательная вентиляция легких, интракардиальное введение лекарственных средств), чтобы при необходимости произвести реанимационные мероприятия и этим, возможно, спасти жизнь больного.

Конечно, при остановке дыхания и прекращении сердечной деятельности необходимо немедленно вызвать врача, но до его прихода, не теряя драгоценных секунд, сестра может и должна предпринять необходимые, доступные ей меры реанимации.

В связи с достижениями в области реаниматологии возникло понятие «синдромная терапия» — комплекс лечебных действий, применяемых немедленно для ликвидации того или иного синдрома, угрожающего жизни больного. Во многих случаях устранение опасного синдрома помогает спасти жизнь человеку, находящемуся в крайне тяжелом состоянии.

В последние годы разработаны схемы синдромной терапии. Используя любую схему лечения (в том числе и при оказании

неотложной помощи), необходимо учитывать конкретную ситуацию. Если врач или фельдшер привыкает действовать только в соответствии со схемой, неизбежны шаблон, догматизм, а если лечение по схеме эффекта не дает — растерянность и беспомощность.

Следовательно, применение на практике методов синдромной терапии возможно только при условии всесторонней оценки этиологических и патогенетических особенностей болезни каждого конкретного больного, даже в случае очень тяжелого состояния.

Нередко бывает практически невозможно решить, какой синдром является ведущим и какую синдромную терапию необходимо проводить при оказании больному неотложной помощи. В таких ситуациях синдромная терапия уступает место индивидуально разработанному комплексу лечения. При оказании больному неотложной помощи необходимо сочетать быстрые действия с полной их безопасностью, достаточной обоснованностью, ибо медлительность врача или фельдшера, малейшая ошибка могут стать роковыми для больного.

Одна из наиболее распространенных ошибок, допускаемых в процессе интенсивной терапии, — стремление сделать «все возможное», т. е. ввести в максимальных дозах сильнодействующие сердечные, нейротропные и другие средства без достаточного учета их эффективности. Следует помнить, что в условиях тяжелого поражения организма человека, угасания его функций многие сильнодействующие средства дают парадоксальный эффект, поэтому назначать их нужно под строгим контролем за реакциями организма. При этом должно учитываться взаимное фармакологическое потенцирование (усиление) действия лекарств — недопустимо одновременно вводить несовместимые препараты.

Врачу, занимающемуся оказанием медицинской помощи при неотложных состояниях, необходимо уметь разграничивать понятия «клиническая смерть» и «биологическая смерть».

Клиническая смерть — это фаза минимальной жизнедеятельности организма при отсутствии дыхания и сердечной деятельности, рефлексов, когда еще сохраняются обменные процессы и биотоки сердца. После клинической смерти в течение 5—7 мин кора полушарий большого мозга еще может преодолеть состояние гипоксии, а затем, после оживления, восстановить свои функции.

Вслед за клинической смертью наступает *смерть биологическая* с необратимыми изменениями в ЦНС и внутренних орга-

нах. Абсолютные признаки биологической смерти — трупные пятна, трупное окоченение, понижение температуры тела до температуры внешней среды.

После выведения больного из терминального состояния у него обычно отмечаются резко повышенная чувствительность к физическим, эмоциональным, психическим воздействиям, неустойчивая гемодинамика и функция ЦНС, легко нарушается трофика тканей. Поэтому в восстановительном периоде больной нуждается в лечебно-охранительном режиме.

Средние медицинские работники — незаменимые помощники врача при выведении больного из состояния шока, агонии, клинической смерти. При уходе за таким больным медицинская сестра должна проявлять большую выдержку, терпение, мастерство, собранность, сердечность.

Тяжелобольные быстро устают, поэтому не следует с ними вести продолжительные разговоры.

У некоторых больных после реанимации или тяжелого приступа возможно ухудшение состояния. Наблюдательная сестра, не дожидаясь жалоб, сама заметит изменение, внимательно выслушает больного, успокоит, сообщит врачу о переменах, происходящих в его субъективном и объективном состоянии. Осуществляя уход за тяжелобольным, медицинская сестра должна тщательно следить за выражением его лица, окраской кожи и видимых слизистых оболочек, дыханием и пульсом, артериальным давлением, положением в постели, физиологическими отправлениями.

Результаты своих основных наблюдений она фиксирует в специальных листах в письменном виде, а другие сведения в устной форме докладывает лечащему или дежурному врачу. На основании своего опыта К.К. Квартовкин и Л.В. Герман отмечают, что эффективность работы детского реанимационного отделения во многом зависит от психологического и деонтологического климата, работающего здесь коллектива врачей и медицинских сестер.

Постоянная напряженность труда медиков в реанимационном отделении совершенно несовместима с проявлениями недоброжелательности сотрудников друг к другу, неравномерным распределением нагрузки между членами дежурной бригады, со стремлением одних переложить часть своей работы на других, с состоянием нервозности, неуравновешенности членов коллектива, ссорами и конфликтами в нем.

В детском реанимационном отделении должен работать коллектив дружный и сплоченный, энергичный и оптимистич-

ний, его следует компле-
бен на самопожертвован
высокими нравственным
терством.

ДЕОНТОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ И

Заболевания могут
первых месяцев после
тжений всей его жизни
еще тяжело, накладыва
нальное состояние реб
тяжелых переживаний

Нередко весь образ
нок с хроническим нед
сам. Семья живет в со
глубоких раздумий о
ожиданием перемен в
надеждой на полное в

Еще больше трево
ных эмоций пережива
торому судьба уготови
некорректируемая па
веществ, иммунитета,
воображения, приоб

Жизнь ребенка, по
мым заболеванием, с
тема подвергается по
за необходимости г
латах, которые уте
одновременно вод
обещают улучше

не наступает.

Продолжите
ствие полноцен
дошкольным ко
усугубляет и б
ние больного.

Болезнь, с
ров (интоксик
др.), расстра

ный, его следует комплектовать из тех сотрудников, кто способен на самопожертвование и напряженный труд, кто обладает высокими нравственными качествами и профессиональным мастерством.

ДЕОНТОЛОГИЯ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ И НЕИЗЛЕЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Заболевания могут приобретать хроническое течение уже с первых месяцев после рождения ребенка и сохраняться на протяжении всей его жизни. Хроническое заболевание, протекающее тяжело, накладывает глубокий отпечаток на психоэмоциональное состояние ребенка и его родителей, является причиной тяжелых переживаний всех его близких.

Нередко весь образ жизни семьи, в которой появился ребенок с хроническим недугом, подчиняется его нуждам и запросам. Семья живет в состоянии постоянных тревог и волнений, глубоких раздумий о будущем сына или дочери, с трепетным ожиданием перемен в состоянии больного к лучшему, тайной надеждой на полное выздоровление ребенка.

Еще больше тревог и переживаний, горьких мыслей и мрачных эмоций переживают родители и родственники ребенка, которому судьба уготовила неизлечимое заболевание (врожденная некорректируемая патология жизненно важных систем, обмена веществ, иммунитета, злокачественные заболевания крови и новообразования, приобретенные недостаточности функции сердца, печени, почек, мозга в состоянии декомпенсации).

Жизнь ребенка, страдающего хроническим или неизлечимым заболеванием, стеснена массой ограничений, нервная система подвергается постоянным стрессогенным воздействиям из-за необходимости постоянного общения с людьми в белых халатах, которые утешают и тут же делают инъекции, ободряют и одновременно водят по различным диагностическим кабинетам, обещают улучшение в самочувствии и общем состоянии, а оно не наступает.

Продолжительное пребывание на больничной койке, отсутствие полноценных социальных связей с семьей, школьным или дошкольным коллективом, друзьями и товарищами еще более усугубляет и без того угнетенное психоэмоциональное состояние больного.

Болезнь, сочетая в себе целый комплекс патогенных факторов (интоксикация, гипоксия, аллергия, нарушения трофики и др.), расстраивает деятельность ЦНС, и, прежде всего, коры

больших полушарий головного мозга, глубоко изменяя при этом психику, эмоции, поведение больного, его мировосприятие, характер взаимоотношений с окружающими.

Понятия «хроническое заболевание» и «неизлечимое заболевание» хотя и неоднозначны, но имеют с этико-деонтологической точки зрения много общего. Эта общность выражается в том, что и в первом и во втором случае болезнь имеет длительное тяжелое течение, приносит много страданий, как самому больному ребенку, так и его родителям и родственникам. Кроме того, в ряде случаев хроническое заболевание (например, хронический гепатит) достигает нередко состояния неизлечимости (цирроз печени).

Однако в век научно-технического прогресса в связи с большими достижениями в области лечения злокачественных новообразований, лейкоза и других крайне тяжелых заболеваний понятие «неизлечимость болезни» приобретает относительный характер, ибо своевременная диагностика и комплексная терапия могут обеспечить выздоровление ребенка. Кроме того, некоторые болезни (сегодня еще действительно неизлечимые) в обозримом будущем, благодаря успехам медицинской науки, могут стать вполне излечимыми.

Эти положения следует учитывать врачу-педиатру при решении конкретных вопросов этико-деонтологического характера, когда дело касается взаимоотношений его с родителями ребенка, страдающего хроническим или неизлечимым заболеванием.

Ниже мы будем использовать в основном термин «хроническое заболевание», относя к группе больных с данной патологией и тех детей, которые имеют тяжелые врожденные пороки внутренних органов со стабильным нарушением их функций, больных с грубыми наследственными расстройствами обмена веществ, иммунитета, кроветворной системы, крови и др. Иначе говоря, сюда будут включены больные дети, о которых на данном этапе развития медицины говорят «неизлечимый больной».

Размещение тяжело больных детей с одинаковыми по своей природе заболеваниями (онкологическими, лейкозами и др.) в специализированных отделениях имеет свои положительные и отрицательные стороны.

В таких отделениях врачам приходится решать сложную деонтологическую задачу защиты психики больного ребенка и его родителей от стрессогенных воздействий, связанных уже с самим фактом госпитализации ребенка или подростка в эти «страшные» отделения с высокой летальностью, которую надо умело скрывать от пациентов и их близких.

Дети любого возраста не должны знать правду о своем заболевании. Подростки обычно проявляют повышенный интерес к диагнозу, стараются почерпнуть эти сведения из разговора с врачом, медицинскими сестрами, своими родителями, нередко пытаются незаметно получить доступ к своей истории болезни.

В гематологическом отделении детской клинической больницы № 1 Москвы, в котором около 60% пациентов — дети, больные лейкозом, тайну диагноза от больного сохраняют следующим образом [Банова Н.С., Морозова Е.А., Мазо А.А.]. Врачи приемного отделения при направлении больного в гематологическое отделение не указывают диагноз на титульном листе истории болезни, а лечащий врач в течение всего периода пребывания ребенка или подростка в стационаре графу «Клинический диагноз» оставляют пустой. Только после выписки больного из стационара клинический диагноз формулируется и оформляется в соответствии с существующими правилами.

Некоторые авторы рекомендуют на время пребывания больного в стационаре вместо диагноза «лейкоз» выставить диагноз «геморрагический диатез», «лейкемоидная реакция», «анемия» и др. [Кисляк Н.С., Махонова Л.А., Ивановская Т.Е.].

Очень важно, чтобы при направлении ребенка на консультацию в поликлинику или на госпитализацию сопроводительные медицинские документы (выписки из истории болезни, заключения консультантов, данные лабораторных исследований и др.) переправлялись в запечатанных конвертах.

До установления точного, достоверного диагноза лейкоза, злокачественной опухоли и другого опасного для жизни ребенка заболевания сообщать родителям предположительный диагноз не следует, поскольку такая информация может стать причиной тяжелой психической травмы матери, отца и родственников больного ребенка, хотя в последствии диагноз «рокового» заболевания и не подтвердится. Родители больного ребенка или подростка хотят знать «всю правду» о болезни их сына или дочери и отказать им в этом, конечно, нельзя, но весь вопрос состоит в том, как врачу сказать эту «правду».

Опыт показывает, что родители нередко глубоко обижаются, если врач их обманывает и тешит несбыточными надеждами. В состоянии раздражения они готовы к нареканиям, упрекам, жалобам. Однако, узнав об истинном диагнозе, часть родителей попадает в состояние глубокого стресса. Они становятся мрачными, резкими, грубыми, нетактичными, способными к конфликтам с медицинскими работниками, перестают доверять послед-

ним, порой отказываются от назначенных диагностических и лечебных процедур. Чаще это бывает в тех случаях, когда ребенок единственный в семье, когда внешне выглядит здоровым и активным. Такие родители даже не допускают мысли о том, что их ребенок (именно их, а не другой) может явиться жертвой тяжелого и неизлечимого заболевания.

В подобных ситуациях некоторые родители начинают метаться от врача к врачу, порой обращаются к помощи народной медицины, к знахарям. Становится понятным, сколько выдержки, терпения, профессионального такта, чуткости и осторожности должен проявить врач, которому необходимо оповестить родителей о диагнозе лейкоза, злокачественного новообразования и других очень тяжелых недугов, опасных для жизни ребенка.

Часто в подобной ситуации врач имеет моральное право не сразу говорить всю правду, постоянно готовя мать и отца больного ребенка к откровенному разговору с учетом их психоэмоционального состояния и других факторов. Иногда бывает необходимо определенное время скрывать от родителей и родственников больного истинный диагноз неизлечимого заболевания по следующим причинам: не нанести страшный стрессовый удар человеку, который может его не перенести или пережить с тяжелыми последствиями (был случай, когда беременной женщине сообщили об установлении диагноза лейкоза у ее пятилетнего сына и у нее из-за психической травмы тут же начались преждевременные роды); не поставить больного ребенка в такое положение, когда родители забирают его из стационара и отказываются от всякого дальнейшего лечения, основываясь на мысли о бесполезности дальнейшего лечения; избежать разглашения тайны о неизлечимости болезни (ведь информацию об этом больной может получить от родственников и других близких лиц).

Долг врача в борьбе за жизнь больного приобретать союзников и помощников в лице родителей, родственников и других близких пациента. Они лучше помогают медицинским работникам, если в их сознании теплится хотя бы малейшая надежда на выздоровление близкого и родного им человека или шанс на prolongation (с помощью лечения) жизни больного хотя бы на несколько лет. Эта надежда частично смягчает душевную драму родственников больного, ослабляет их переживания и тревоги.

Больным с хроническими заболеваниями приходится длительное время находиться в стационаре. Причем госпитализа-

ция в течение года может повторяться, тогда в больнице ребенок проводит больше времени, чем дома.

Хорошо организованный лечебно-охранительный режим в сочетании с благоприятной больничной средой для хронического больного позволяет создать обстановку «отключения» от своей болезни, является важной мерой профилактики «госпитализма».

Особого подхода требуют к себе те больные с хроническими заболеваниями, которые в течение нескольких лет периодически находились на стационарном лечении, неоднократно направлялись на консультации, испытали на себе воздействие различных терапевтических методов. Нервная система таких пациентов и их близких ослаблена, они порой с недоверием и очень скептически относятся к возможностям медицины.

Опыт показывает, что родители детей, страдающих хроническими заболеваниями, особенно высоко ценят деловые качества, доброту и отзывчивость медицинских работников. Поэтому следует терпеливо и тщательно расспросить близких больного о течении заболевания на всех его этапах, выяснить, какие методы лечения оказывали особенно благоприятное влияние на его состояние.

Благодаря научно-техническому прогрессу в медицине реальной оказалась возможность проведения хронического гемодиализа взрослым и детям при тяжелых поражениях почек и даже при отсутствии их. При этом возникли и этикопсихологические проблемы.

Больной вынужден перестроить свой образ жизни (труд, учебу, отдых, диету и др.) с учетом процедур гемодиализа, обязан жить в условиях постоянных ограничений, непрерывной настороженности, связанной с предупредительными мероприятиями, профилактикой возможного ухудшения состояния здоровья.

В такой ситуации необходимо настроить больного и его близких на неукоснительное выполнение режимных рекомендаций, поддерживать положительный психологический климат в семье, вселять в больного уверенность в восстановлении почечной деятельности, в возможность наступления перелома в хроническом течении болезни в положительную сторону.

Эффективность лечения хронического заболевания бывает временной и проявляется иногда не сразу, поэтому больному и его родителям следует внушить мысль о том, что полная ликвидация болезненного состояния возможна лишь при терпеливом, настойчивом и длительном лечении. Необходимо поместить больного ребенка в палату с хорошим психологическим

климатом, тщательно продумать, как организовать досуг, гигиенический режим, трудо- и психотерапию.

Врачи и медицинские сестры во взаимоотношениях с больными обязаны строго соблюдать правила деонтологии, тщательно взвешивать каждое слово, каждую фразу, обращаясь к больному. При обращении медицинских работников друг с другом (если при разговоре присутствуют пациенты) следует избегать слов «больной» (а тем более «хронический», «тяжелобольной»).

При разговоре с больными медицинские работники не должны вслух выражать свое удивление в связи с его состоянием, особенностями течения болезни («болезнь запущена», «процесс прогрессирует» и др.).

Не следует пугать больного предстоящими медицинскими процедурами, оперативными вмешательствами или возможными осложнениями («тебе предстоит серьезная операция», «твое заболевание может осложниться» и др.). Наоборот, необходимо успокоить больного, объяснить ему целесообразность назначенного лечения, режима, диеты, убедить в необходимости строгого их выполнения.

Тягостное впечатление на родителей больного производят сомнения и неуверенность врача в эффективности лечения. Не надо говорить: «будем надеяться, что назначенный антибиотик окажется эффективным» или «попробуем лечить ребенка электрофорезом». Выражения «будем надеяться», «попробуем» и другие им подобные слова ослабляют веру родителей больного в действенность назначенных средств и лечебных процедур. Вместо этого лучше сказать: «лечение этим антибиотиком дает обычно положительный эффект», «наш опыт говорит об эффективности данной лечебной процедуры».

В особом уходе нуждаются больные, находящиеся на строгом постельном режиме. Медицинские работники должны немедленно реагировать на их зов или жалобу. Для этого в палатах отделения необходимо установить световую или звуковую сигнализацию.

У некоторых больных вид крови вызывает чувство страха, волнение. Такие эмоции появляются у пациентов с носовыми кровотечениями, после тонзиллэктомии и при других состояниях. Врач и медицинская сестра в подобных ситуациях должны спокойным поведением внушить больному безопасность его состояния, преходящий характер кровотечения. И даже в тех случаях, когда кровотечение представляет определенную опасность, нельзя создавать вокруг больного обстановку тревоги и

суеты. Действия медиков, разумеется, должны быть энергичными, быстрыми, но внешне спокойными и уверенными. Такое поведение совершенно необходимо также при выведении больного из состояния приступа (астматического, сердечно-сосудистого, нервного и др.).

Длительное пребывание больного хроническим недугом в постели, недостаточная эффективность проводимого лечения иногда служат причиной повышенной раздражительности ребенка и его родителей, их недовольства больничной обстановкой, питанием, лечением, действиями персонала и др.

Медицинским работникам надлежит всячески избегать конфликта с больными и их близкими, а если он назревает, сделать все возможное, чтобы он не перерос в состояние вражды между медицинским персоналом и родителями. Это не означает, что в любой ситуации, следует идти «на поводу» у родственников больного, выполнять все их необоснованные требования. Чтобы предупредить конфликт, необходимо спокойно убедить последних в том, что их ребенок обеспечен всем необходимым.

Родители больного, повторно поступившего в стационар, иногда обращаются с просьбой поместить ребенка в ту палату, которая обслуживается уже знакомыми врачом и медицинской сестрой. Эта просьба бывает обоснованной, ее надо удовлетворить, ибо здесь со стороны родителей проявляется не столько каприз, сколько желание вновь встретиться с заботливым и квалифицированным уходом и лечением, чуткостью и вниманием. Правда, некоторые родители негативно относятся к молодым врачам и медицинским сестрам, настаивают, чтобы их ребенка лечили только опытные медики. В подобной ситуации заведующий отделением обязан запастись терпением и выдержкой, придать разговору с родителями спокойный, вежливый тон, убедить их в необоснованности претензий.

Хронически больных детей и подростков необходимо окружать атмосферой ровного и спокойного отношения к ним в сочетании с предельной чуткостью и вниманием, но так, чтобы больной не заподозрил в действиях, словах, интонациях, мимике и жестах медиков чего-то необычного, тревожного. Важно отвлечь внимание пациента от его болезни, опираясь на мощь педагога, организуя просмотр телевизионных передач, чтение книг, ежедневные прогулки под наблюдением медперсонала, по возможности разрешить свидание с родителями и родственниками (с учетом тяжести состояния), ношение домашней одежды. Если нет противопоказаний, детей с хроническими за-

болеваниями отпускают домой с родителями на субботу и воскресенье (в эти дни необходимые лекарства дают родители).

Крайне тяжелых больных в условиях стационара изолируют в отдельную палату, желательно с отдельным выходом на улицу.

Смерть ребенка в стационаре производит обычно тяжелое психотравмирующее воздействие на других больных, поэтому надо сделать все возможное, чтобы эта трагедия каким-то образом не оказалась предметом шумного обсуждения больными, а также медиками.

Особо тщательно следует подготовиться к оповещению родителей и родственников о смерти больного. В связи с тем, что в такой ситуации возможна бурная психоэмоциональная реакция близких (крик, плач, причитания), которая может оказать психотравмирующее влияние на больных, находящихся в стационаре, для сообщения о смерти больного родителям и родственникам следует пригласить в кабинет, удаленный от отделения, усадить их в кресла или на стулья (из-за возможности обморока). Недопустимо сообщать об этом «на ходу» в коридоре, вестибюле, во дворе больницы.

Сочувственное и участливое отношение к близким умершего — моральный и профессиональный долг врача и других медицинских работников. Выполнять его надо в любых условиях, в любое время суток так, чтобы смягчить травму членов семьи умершего, по возможности утешить их, успокоить, прибегая иногда к помощи лекарственных седативных средств.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ТАЙНА В ПЕДИАТРИИ

В каждой стране существует понятие «врачебная тайна». Она касается деятельности врача, который обязан сохранять в тайне сведения, полученные от больного или его близких, результаты обследования пациента, данные, касающиеся диагноза, лечения, прогноза, если разглашение этой информации может иметь тяжелые последствия для самого больного.

Однако профессиональную тайну должны хранить не только врачи, но и другие медицинские работники — фельдшера, медицинские сестры, акушерки, лаборанты, санитарки. Поэтому вполне логично ставить вопрос о существовании медицинской тайны, которую должны соблюдать все лица, прямо или косвенно причастные к лечению.

О необходимости соблюдения врачебной тайны говорил еще великий древнегреческий врач Гиппократ: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в

неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что ему угрожает».

В тексте клятвы Гиппократов есть и такие слова: «Чтобы при лечении, а также без лечения я ни увидал, как ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-нибудь разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». Тезис Гиппократов о необходимости строго хранить врачебную тайну вошел в торжественные обещания и клятвы, которые произносили в разные времена и в разных странах при получении диплома врача.

В своей замечательной книге «Записки врача» В.В. Вересаев писал, что сохранение врачебной тайны продиктовано не только интересами больного, но и общества: если сохранение профессиональной тайны представляет угрозу для общества или окружающих больного лиц, «не может быть речи о сохранении врачебной тайны».

В соответствии с существующим законодательством медицинские работники обязаны информировать правоохранительные органы (милицию, прокуратуру) об известных им случаях ножевых, огнестрельных и других ранений и телесных повреждений, нанесенных человеку умышленно, о различных других попытках покушения на здоровье и жизнь ребенка и взрослого человека, о случаях убийств и самоубийств, о криминальных абортах, изнасилованиях и др.

Любой медик, выявивший опасное острое или хроническое инфекционное заболевание у ребенка (или взрослого), обязан заполнить карту экстренного извещения и срочно передать ее в санитарно-эпидемиологическую станцию, что позволит принять необходимые меры для предупреждения распространения инфекции.

Законом гарантируется тайна об усыновлении или удочерении ребенка. При необходимости она сохраняется от самого ребенка, окружающих лиц и разглашение ее наказывается как уголовное преступление. Разумеется, при этом часто наносится тяжелая душевная травма, как самому ребенку, так и его новым родителям.

Многие родители не желают, чтобы о болезни их ребенка (особенно хронической и наследственной) знали соседи по дому, односельчане, сотрудники и врачам необходимо считаться с этим.

К сожалению, некоторые врачи (чаще начинающие), посещая на дому больного ребенка, рассказывают о своих успехах в лечении аналогичных больных, называя диагнозы и фамилии

своих пациентов. На первый взгляд кажется, что ничего плохого в этом нет — врач хочет убедить родителей в том, что он умеет лечить и назначенное им лекарство очень эффективно. Однако подобные действия могут быть классифицированы как разглашение профессиональной тайны.

Профессия врача нередко ставит его в такие условия, когда он получает определенные сведения об интимной жизни семьи, ее неурядицах и бедах, становится очевидцем негативных сторон внутрисемейных отношений. Родители ребенка доверяют свои личные тайны врачу, и он не вправе разглашать их среди своих сотрудников и других лиц, а тем более становиться источником кривотолков и сплетен.

Несколько особняком стоит вопрос о сохранении медицинской тайны в связи с клинической смертью больного. На первый взгляд медицинские работники, рассказывающие своим знакомым о случаях успешного реанимирования больных тем или иным врачом, популяризуют достижения современной медицинской науки, поднимают авторитет некоторых врачей. Однако при этом грубо разглашается медицинская тайна — называется имя реанимированного человека, который пережил клиническую смерть.

Особенно болезненно разглашение такой тайны переживают дети школьного возраста, девушки, юноши. Это легко понять, если учесть, что после возвращения в свой коллектив, в общество знакомых и друзей неизбежны шутки, иронические замечания: «Как там, на том свете?», «Ты молодец, вырвался из лап смерти» и др.

Среди населения бытует мнение, что реанимация отрицательно сказывается на физическом и психическом здоровье человека, последующем развитии детей и подростков. В этом мнении есть доля истины, ибо не всегда оживление человека проходит бесследно для его последующей жизни, состояния нервной системы. Из сказанного очевидна необходимость строгого соблюдения медицинской тайны в отношении лиц, которые находились в состоянии клинической смерти.

Научно-технический прогресс в медицине поставил новые проблемы, связанные с сохранением врачебной тайны. Так, в связи с применением ЭВМ в целях обработки и хранения медицинской информации возникла опасность ее утечки, ибо расширился круг лиц, имеющих доступ к врачебной тайне — инженеры, техники и других [Macara A.; Sieghart P.].

Некоторые больные дети и подростки проявляют повышенный интерес к своей истории болезни, стараются получить до-

ступ к ней, ознакомиться с диагнозом, записями, результатами параклинических исследований. Если такое становится возможным, не исключается опасность возникновения у больного ненужной психической травмы, ибо на него оказывают стрессогенное воздействие непонятные, но устрашающие по форме термины («очаг Гона», «уплотнение корней легких», «блокада атриовентрикулярного узла», «капельное сердце», «ниша в желудке» и др.).

Узнав о «тайнах» своей болезни, ребенок или подросток проникается чувством страха, тревожного беспокойства, начинает ожидать перемен в худшую сторону. Лишь недоступность медицинской документации для больного поможет избежать развития у него тяжелой ятрогении.

Внедрение в практику борьбы с бесплодием искусственного оплодотворения натолкнулось на проблему сохранения медицинской тайны самого факта такого процесса деторождения в семье, конспирирования имени донора и др.

Этические вопросы возникают и в связи с генетикой человека, в частности при медико-генетическом консультировании. Академик Н.П. Бочков считает, что в процессе консультирования выявленный факт «ложного родительства» не должен обсуждаться врачом-генетиком с пациентами. Этот ученый рекомендует также проявлять деликатность при медико-генетическом обследовании родственников в процессе выяснения причин рождения ребенка с аномальными признаками. Здесь надо соблюдать особый такт и врачебную тайну по отношению к любому родственнику во избежание взаимных претензий супругов по поводу рождения ребенка с признаками наследственной патологии.

Врач не вправе разглашать сведения о лицах с наследственными заболеваниями и членах их семей.

Н.П. Бочков считает, что «анализ» родословной жениха и невесты с научной и этической точки зрения не всегда обоснован, ибо результаты его могут быть достоверными лишь при расширенных программах обследования, что сегодня практически невозможно. Вместе с тем преждевременные выводы такого «анализа» с оповещением заинтересованных лиц могут иметь драматические последствия для тех, кто решил построить семью.

К великому сожалению, медицинская наука еще бессильна перед некоторыми болезнями детей и взрослых, которые именуются неизлечимыми. К ним следует отнести тяжелые наследственные и врожденные заболевания детей и подростков, неком-

пенслируемые недостаточности функции печени, почек, сердца, эндокринных желез, ряд злокачественных новообразований, лейкозы и др.

Безусловно, родители должны знать правду о прогнозе болезни своего ребенка, но сам ребенок или подросток этого знать не должен. Более того, долг врачей и других медиков, родителей и родственников обреченного больного сделать все возможное, чтобы у него даже не закралось подозрение о неизлечимости его болезни, об отсутствии какой-либо перспективы на выздоровление. Ведь одна лишь мысль о возможном смертельном исходе может потрясти его настолько, что он потеряет всякий интерес к жизни и его последние дни будут отравлены ожиданием рокового конца.

Подобное случается не только со взрослыми, но и с больными в подростковом и — детском возрасте. Поэтому «святая ложь» (по выражению С.П. Боткина) в подобной ситуации вполне оправдана гуманными соображениями, ибо она может не только сохранить обреченному больному душевное равновесие, но порой и продлить жизнь. После смерти ребенка при наличии расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов не всегда есть основания говорить родителям правду. Однако и сказанная правда, если имелось добросовестное заблуждение лечащего врача и консультантов из-за ограниченных возможностей обследования больного или других объективных трудностей в распознавании болезни, обычно воспринимается родителями больного ребенка с пониманием. При этом психическая травма смягчается, если родители убеждены в том, что врачи во время болезни их ребенка прилагали максимум усилий и старания, стремились сделать все возможное для установления диагноза и проведения эффективного лечения.

Врачебная тайна должна сохраняться патологоанатомом и лечащим врачом и после смерти ребенка. Здесь важно соблюдать деонтологическое правило о необходимости сообщать сведения об умершем лишь тем лицам, которым это знать необходимо (родителям, близким лицам).

Родители умершего ребенка нередко проявляют интерес к патологоанатомическому диагнозу. Однако излишне информировать их по этим вопросам нецелесообразно, так как это может явиться дополнительной и ненужной психотравмой.

Тяжело отражается на моральном состоянии всей семьи появление новорожденного с тяжелыми пороками развития.

Некоторые родители, родственники рассматривают порок развития как позор для семьи, просят врача, акушерку, меди-

цинскую сес
ребенка с ан
просит меди
родственников

Какова до
работников пр
бенка, когда
ской нагрузки
да она пережи
ской радости,
узнала прежде
Если дефект н
заны успокоить

Даже если
на трудоспособ
токо может про
дшера, акушерк
шее время посл
благополучие р
дителей от ребе

ЭТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Болезнь ребен
причиной глубок
жизнь тревогами
чери.

Чрезвычайно
дети которых рож
козы, злокачестве
торые на данном э
«неизлечимыми».

Большая беда
аномалией развити
или другой жизни
аппарата, обмена в
что при неудачном
беременности сопр
похондрическими
состояния могут во

цинскую сестру никому не говорить об этом. В случае смерти ребенка с аномалией развития в родильном доме мать нередко просит медицинских работников скрыть причину его смерти от родственников и даже мужа.

Какова должна быть тактика врача и средних медицинских работников при этом? Прежде всего, сразу после рождения ребенка, когда мать еще не оправилась после большой физической нагрузки и эмоционального стресса в связи с родами, когда она переживает состояние большого облегчения и материнской радости, необходимо сделать все возможное, чтобы она не узнала преждевременно об аномалии развития новорожденного. Если дефект невозможно скрыть, медицинские работники обязаны успокоить и ободрить мать.

Даже если нет сомнений в том, что порок может отразиться на трудоспособности и жизни ребенка, негуманно и даже жестоко может прозвучать откровенное заявление врача или фельдшера, акушерки или медицинской сестры об этом в ближайшее время после рождения. Это лишит мать и отца надежды на благополучие ребенка в будущем, может привести к отказу родителей от ребенка или распаду семьи.

ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С РОДИТЕЛЯМИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Болезнь ребенка, особенно тяжелая и длительная, является причиной глубоких переживаний родителей, наполняющих их жизнь тревогами и страхами за здоровье и жизнь сына или дочери.

Чрезвычайно резко травмируется психика тех родителей, дети которых рождаются с тяжелыми пороками, переносят лейкозы, злокачественные новообразования и другие болезни, которые на данном этапе развития медицинской науки именуются «неизлечимыми».

Большая беда приходит в семью при рождении ребенка с аномалией развития ЦНС, эндокринной, сердечно-сосудистой или другой жизненно важной системы опорно-двигательного аппарата, обмена веществ и др. Некоторые авторы отмечают, что при неудачном исходе первой беременности последующая беременность сопровождается фобическими, депрессивными, ипохондрическими реакциями женщины. Такие же стрессовые состояния могут возникать и у женщины последующих поколе-

ний в случаях знания отягощенного семейного анамнеза [Boigne S., E., 1984].

Появление в семье физически или психически неполноценного ребенка ставит перед родителями ряд сложных проблем. Они касаются ухода и воспитания неполноценного ребенка, необходимости его постоянного лечения, глубоко затрагивают взаимоотношения родителей с таким ребенком и друг другом, а нередко и с родственниками, усложняют контакты семьи с медицинскими работниками.

Исследования Р.Ф. Мейремян доказали, что рождение в семье умственно отсталого ребенка является для матери сильнейшим стрессогенным фактором, вызывающим нарушение психоэмоционального состояния, вегетативные и соматические расстройства. Так, из 102 обследованных женщин в 56% случаев автор выявил развитие гипертонической болезни, вегетососудистых дистоний с пароксизмами, мигрени, приступов тахикардии, нейродермита, тиреотоксикоза.

У многих женщин нарушался обычный для них менструальный цикл, появлялись признаки общего и выраженного поседе-ния, головные боли, нарушение сна, снижение или отсутствие аппетита. У некоторых матерей отмечались аффективно-шоковые реакции, истерия, депрессия.

Переживания женщины в связи с рождением психически неполноценного ребенка усугублялись нередко ухудшением супружеских отношений, эмоциональной дезорганизацией из-за мучительных сомнений женщины по поводу целесообразности планирования последующих беременностей, помещения аномального ребенка в специализированное учреждение.

Существует мнение, что отношение родителей к своему ребенку, родившемуся с тяжелым врожденным пороком, характеризуется ослаблением к нему материнского и отцовского внимания из-за тяжелых душевных переживаний, чувства бессилия в связи с убеждением в безнадежности прогноза. Однако опыт работы врачей-педиатров и медицинских сестер показывает, что немалое число матерей проявляют фанатическую привязанность к своему несчастному ребенку, неотступно находятся у его постели, обеспечивая больного трогательной лаской и заботой, питают неистощимую веру в возможность если не полного выздоровления, то хотя бы облегчения страданий дочери или сына. Огромная любовь к ребенку нередко является причиной нежелания матери разлучаться с ним в связи с предложением поместить больного в специализированный дом ребенка, хотя

уход за ним
работу и п
Здесь
лософа Г.
состоит в
быть себя
нии обрести
Долг ме
ствами спос
та в семье, г
ного аппарат
ми обмена в
лечения таки
содействовать
мого ребенка,
дителей в не
включая хиру
другое, испол
ния аналогичн
медицинской
Родители д
денных аномал
благодарности
целом. Вместе
таких случаев, п
вом или необд
душевную травм
успешного лече
получного исхо
лям приходило
шего ребенка та
«Я должна сказа
ется врожденный
не могут» и др.
Разумеется, ро
о сущности врожд
ибо они самые не
медики во всех м
ние страданий их
Цит. по книге В.Л.В.
1977, с. 390.

уход за ним в домашних условиях вынуждает женщину оставить работу и практически отказаться от нормальной жизни.

Здесь уместно вспомнить слова известного немецкого философа Г. Гегеля, который сказал: «Истинная сущность любви состоит в том, чтобы отказаться от сознания самого себя, забыть себя в другом «я» и, однако, в этом исчезновении и забвении обрести самого себя и обладать самим собой».*

Долг медицинских работников — всеми возможными средствами способствовать нормализации психологического климата в семье, где родился ребенок с аномалией опорно-двигательного аппарата, пороком развития внутренних органов, дефектами обмена веществ и другими, оказать помощь в организации лечения таких больных с участием необходимых специалистов, содействовать в медикогенетическом консультировании, как самого ребенка, так и его родителей. Важно при этом убедить родителей в необходимости и целесообразности лечения ребенка, включая хирургическую помощь, коррекцию обмена веществ и другое, используя при этом примеры и факты успешного лечения аналогичных больных на основе достижений современной медицинской науки.

Родители детей, которых успешно лечили по поводу врожденных аномалий и пороков, высказывают немало теплых слов благодарности в адрес медицинских работников и медицины в целом. Вместе с тем, можно встретить, к сожалению, немало и таких случаев, когда врачи и другие медики неосторожным словом или необдуманной фразой наносили родителям тяжелую душевную травму, гасили у них искры надежды на возможность успешного лечения ребенка с врожденным пороком или благополучного исхода последующих родов. В таких случаях родителям приходилось слышать следующие выражения: «Порок у вашего ребенка такой, перед которым наша медицина бессильна», «Я должна сказать вам горькую правду: у вашего ребенка имеется врожденный дефект, с которым дети обычно долго жить не могут» и др.

Разумеется, родители должны быть хорошо информированы о сущности врожденного порока или заболевания у их ребенка, ибо они самые непосредственные соучастники врачей и других медиков во всех мероприятиях, которые направлены на облегчение страданий их сына или дочери, на поддержание предписан-

* Цит. по книге В.Л.Воронцова «Симфония разума». — М.: Молодая гвардия, 1977, с. 390.

ного режима, диеты и других терапевтических мер, на подготовку больного к радикальному лечению, если такое возможно.

Однако информацию о характере и прогнозах порока развития у ребенка родителям надо преподносить осторожно, тактично, деликатно, учитывая состояние психологического климата в семье, особенности нервной реактивности у матери, отца и других близких, состояние их здоровья, возраст, наследственный анамнез и другие факторы. Надо осторожно выбирать и приемы ободрения родителей, потерявших ребенка с тяжелым пороком или имеющих такового.

Например, довольно бестактной будет попытка врача «утешить» и «ободрить» родителей при помощи таких слов: «Я вам очень сочувствую в вашей горе, но вы молодые и у вас все еще впереди — нарожаете детей столько, сколько хотите и притом здоровых».

В этом случае необходимы осторожный этико-психологический подход к делу и участие специалистов в области медицинской генетики.

Важное практическое значение для родителей имеет вопрос о степени генетического риска. Считают, что риск более 10% является высоким, и в этом случае родителям советуют воздержаться от деторождения.

Предупредить рождение неполноценного ребенка можно с помощью антенатальной диагностики, которая позволяет судить о состоянии плода во время беременности.

При установлении поражения плода принимаются меры для прерывания беременности, что не допускает появления на свет больного ребенка с тяжелым врожденным пороком.

Для диагностики пороков развития используют ультразвуковое исследование, рентгенографию и другие методы. Пренатальная диагностика показана в случаях, когда в семье уже рождался ребенок с какой-либо наследственной патологией или в том случае, когда семья опасается иметь больного ребенка, хотя реальной опасности для этого нет.

Этот вид диагностики рекомендуют женщинам старше 40 лет, когда риск рождения ребенка с пороком довольно высок. Следует иметь в виду, что к факторам риска рождения неполноценного ребенка относят кровно-родственные браки, пороки сердца беременной, гинекологические заболевания, спонтанные аборт, угрозу прерывания беременности, перенашивание, многоводие и маловодие, тазовые предлежания.

Сложные этико-деонтологические вопросы возникают при медикогенетическом консультировании семей, в которых име-

ются дети с он-
Сотникова Е.Н.
генетические си-
родителей, изл-
30—45%. Поэто-
тстве эти онко-
должны получ-
сультурующий
родителях.

Нельзя не с-
ребенка с анома-
теринства, дела-
приводит к рас-
зателях рождае-
других детей с-
злокачественно-
родителей чувс-
обвинений, раст-
ется врач. Данн-
около 25% про-
полной утраты
го ребенка, счи-
Нередко ро-
сультацию или
здорового ребе-
ряют сына или
только о степе-
ственным забо-
прогнозах пото-
После смер-
не давать конк-
когда стихнет д-
титься в медик-
необходимых ре-
проведения ком-
ческих, биохим-
пень риска возни-
лей. Доказано,
злокачественных
тний ген, котор-
кой ситуации рис-
в основном за сче-

ются дети с онкологическими заболеваниями [Дурнов Л.А., Сотникова Е.Н.]. По их данным, в ряде случаев возникают такие генетические ситуации в семье, когда риск заболевания детей у родителей, излеченных от ретино- и нейробластом, достигает 30—45%. Поэтому авторы считают, что лица, перенесшие в детстве эти онкологические заболевания, при вступлении в брак должны получить медикогенетическую консультацию, а консультирующий врач обязан иметь достоверную информацию о родителях.

Нельзя не считаться с тем обстоятельством, что рождение ребенка с аномалиями не только лишает женщину радости материнства, делает семью несчастной, неполноценной, нередко приводит к распаду ее, но и отрицательно сказывается на показателях рождаемости, ибо женщина боится появления на свет других детей с тяжелыми пороками развития. Возникновение злокачественного заболевания у ребенка нередко вызывает у родителей чувство вины, становится причиной ссор, взаимных обвинений, расторжения брака, если своевременно не вмешается врач. Данные социологических исследований показали, что около 25% проанкетированных родителей расторгли брак из-за полной утраты веры в возможность рождения второго здорового ребенка, считая причиной беды одного из супругов.

Нередко родители обращаются в медико-генетическую консультацию или к врачу за советом: можно ли иметь второго здорового ребенка после того, как начинают понимать, что теряют сына или дочь. При этом родителей волнует вопрос не только о степени риска рождения второго ребенка со злокачественным заболеванием, но и о возможностях его лечения и прогнозах потомства.

После смерти ребенка врач обязан успокоить родителей и не давать конкретных советов. Лишь спустя некоторое время, когда стихнет душевная боль утраты, им рекомендуется обратиться в медико-генетическую консультацию для получения необходимых рекомендаций, что оказывается возможным после проведения комплекса специальных исследований (цитогенетических, биохимических и др.); позволяющих определить степень риска возникновения наследственно обусловленных опухолей. Доказано, что в 70—80% случаев родители умерших от злокачественных новообразований детей не несут в себе мутантный ген, который предрасполагает к развитию опухолей. В такой ситуации риск возникновения опухоли не превышает 2—5% в основном за счет действия экзо- или эндокринных факторов.

Во время консультирования родителей их информируют о больших успехах онкологической помощи детям, в частности о том, что в настоящее время комплексное лечение позволяет сохранить жизнь ребенку в 90% случаев при лимфогранулематозе и ретинобластоме, в 80% случаев при нефробластоме, а при ранней диагностике выживаемость детей нередко составляет 100%.

Реакция родителей на болезнь ребенка характеризуется по-разному. Одна из самых типичных — страх, особенно при тяжелых заболеваниях детей раннего возраста [Campion P.D., Cabrier J.]. Указанные авторы собирали информацию путем специального анкетирования 113 матерей о том, как они реагировали на тяжелую болезнь своего ребенка раннего возраста. Оказалось, что реакция страха была особенно выраженной у матерей, имеющих единственного ребенка. При наличии у матери нескольких детей фобическое состояние у нее носило менее резкие признаки.

Напряжение психики, длительные переживания, возникающая при этом бессонница истощают нервную систему матери и отца больного ребенка. Родители становятся раздражительными, обидчивыми, угнетенными, у них нередко возникают бурные реакции на самые обычные раздражители.

В связи с тем, что родители по-разному реагируют на болезнь ребенка, поэтому не только врач, но и медицинская сестра должны индивидуально подходить к их психическому состоянию. Отсутствие такого подхода, безразличное отношение медицинского персонала нередко приводят к тяжелым последствиям — вопреки здравому смыслу мать уходит вместе с больным ребенком из стационара домой и этим самым ограничивает объем медицинской помощи или совсем отказывается от нее.

Затяжное течение болезни ребенка, длительное отсутствие терапевтического эффекта при ряде заболеваний (особенно в грудном возрасте) иногда приводят родителей больного к выводу о том, что ребенка лечат неправильно и недостаточно эффективно. Они начинают сомневаться в возможностях лечащего врача, с подозрением относятся к его квалификации, требуют вызвать консультанта или направить ребенка в другую клинику. Становится очевидным, что у отца и матери иссякли силы и вот-вот произойдет срыв высшей нервной деятельности.

В таких случаях от врачей и других медицинских работников требуется исключительное внимание не только к больному ребенку, но и к матери, ухаживающей за ним. Необходимо всеми возможными средствами если не снять, то уменьшить остро-

ту психическую
покоить ее т
полноценног
назначить се
конкретные ф
самое современ
Если педи
дителей, то е
цесс борьбы з
Довольно
между медици
венниками бо
вопросах меди
стараются вни
цесса, настаив
терапевтически
пуляций, или,
карства, котор
Конечно, о
венников поня
побуждениями.
идут в разрез с
добросовестном
нормально раб
будет такая поз
при необходим
водимых диагно
детализации), с
разность, дает
стороны неком
Разумеется,
«отчета» врача
ребенка, даже с
цесса имелись
отсутствие в бо
и др.).
Но самое гл
дить встревоже
что больной ок
печен необходи
Важно при этом
больного ребен
сестрам, но и к.

ту психического напряжения матери. Причем недостаточно успокоить ее только словами, необходимо создать условия для полноценного отдыха, позаботиться о рациональном питании, назначить седативные или снотворные средства, опираясь на конкретные факты убедить мать в том, что ее ребенок получает самое современное и всестороннее лечение.

Если педиатру не удастся завоевать уважение и доверие родителей, то ему значительно труднее осуществлять весь процесс борьбы за здоровье и жизнь больного ребенка.

Довольно трудно складываются иногда взаимоотношения между медицинскими работниками и теми родителями и родственниками больного, которые считают себя компетентными в вопросах медицины (не имея к последней никакого отношения), стараются вникать в детали диагностического и лечебного процесса, настаивают на отмене тех или иных лекарств или других терапевтических воздействий, а также исследовательских манипуляций, или, наоборот, требуют назначить известные им лекарства, которые порой приносят в лечебное учреждение.

Конечно, озабоченность и тревогу таких родителей и родственников понять можно, поскольку продиктованы они добрыми побуждениями. Однако чрезмерные, активность и усердие часто идут в разрез с интересами дела, а иногда и попросту мешают добросовестному и компетентному врачу (да и другим медикам) нормально работать. Вероятно, наиболее верной в этом случае будет такая позиция врача, когда он информирует родителей, а при необходимости и родственников больного ребенка, о проводимых диагностических и лечебных процедурах (без лишней детализации), спокойно и деловито аргументирует их целесообразность, дает понять, что не будет работать «под диктовку» со стороны некомпетентных в вопросах медицины лиц.

Разумеется, такая информация не должна носить характер «отчета» врача перед родителями и родственниками больного ребенка, даже если в ходе диагностического и лечебного процесса имелись какие-либо затруднения (например, временное отсутствие в больнице очень нужного лекарственного средства и др.).

Но самое главное — врач обязан не словом, а делом убедить встревоженных родителей и родственников ребенка в том, что больной окружен в стационаре заботой и вниманием, обеспечен необходимым лечением на самом современном уровне. Важно при этом достичь доверия и расположения родителей больного ребенка не только к лечащему врачу и медицинским сестрам, но и к лечебному учреждению в целом.

Непростыми бывают взаимоотношения медиков с теми родителями и родственниками больного, которые сами являются медицинскими работниками (врачами, фельдшерами, медицинскими сестрами и др.). Дело в том, что такие родители и родственники, с одной стороны, часто активно вторгаются в диагностический или лечебный процессы (не всегда способствуя их улучшению), а с другой, нередко требуют создания в стационаре для их ребенка «привилегированного» положения (отдельной палаты и др.).

Разумеется, мать или отец, будучи медиками, могут оказывать квалифицированную помощь в уходе за больным ребенком и в его лечении, но очень плохо, когда они берут «инициативу» в свои руки, и, не будучи педиатрами, пытаются верховодить во всех делах, имеющих отношение к организации и проведению диагностических исследований и лечебных процедур. Таких родителей надо тактично, но твердо убедить в необходимости помогать, а не мешать коллективу детского отделения выполнять свои служебные обязанности.

Бывают случаи, когда на «особое» отношение к больному ребенку в стационаре рассчитывают родители, занимающие высокие должности и др. Порой они просят уделить их ребенку «необходимое» внимание и создать «соответствующие» условия, а иногда просто требуют этого, хотя и без подобного императива больной получил бы необходимую заботу и адекватное лечение.

Здесь уместно вспомнить ответ маршала Т. К. Жукова на вопрос корреспондента о том, какие нравственные качества в личности врача ему особенно дороги. Георгий Константинович тогда сказал, что он особенно расположен к тем врачам, которые лечат генерала, как солдата, а солдата, как генерала.

Нравственная справедливость в отношении врача к ребенку нередко выражается и в том, как он регулирует посещения родителей. Очень плохо, если отдельные родители имеют неограниченный доступ в стационар к своему ребенку (даже если он переносит легкое заболевание), а родители других детей (иногда с более серьезным заболеванием) подобной возможности лишены. Исключения могут быть сделаны лишь для больных с очень тяжелыми заболеваниями, которым необходим постоянный уход.

В «родительские дни» врач дает информацию родителям о состоянии здоровья их дочери или сына, деликатно контролирует процедуру свидания, осуществляет меры предупреждения неблагоприятного воздействия посетителей на больного. К свиданию не допускаются родители и другие взрослые с признака-

ми респираторной и гнойной инфекции, не разрешается кормить ребенка немытыми руками и предлагать пищу, противопоказанную больному с учетом характера его заболевания.

Врачу надо проявить заботу о том, чтобы процедура посещения ребенка родителями проходила в чистом, светлом, теплом помещении, в спокойной обстановке.

От родителей, прежде всего, матери, не ускользают даже самые незначительные нюансы отношения медика к их ребенку. Они настороженно прислушиваются к высказываниям других об эрудиции лечащего врача и опытности медицинской сестры, пытаются вникнуть в сущность болезни сына или дочери и оценить значимость диагностических и лечебных процедур. Они хотят быть уверены в том, что лечение ребенка проводят высококвалифицированные специалисты, чуткие и внимательные к больному.

Немало теплых слов благодарности и добрых пожеланий родители адресуют медицинским сестрам и младшему медицинскому персоналу (санитаркам, «нянечкам»). Правда, есть отзывы и с негативным содержанием.

Вот отзывы одной матери о двух медицинских сестрах. Отзыв положительный: «В ней собраны лучшие человеческие качества, которые необходимы больным. Она любит всех ребятшек, как своих родных детей, отдает им все свои силы и душевное тепло».

Отзыв отрицательный: «Это не медицинская сестра, а отъявленная грубиянка: она не говорит, а постоянно ворчит и кричит, дети ее боятся, а у нас, матерей, когда приходит время ее дежурства, пропадает настроение и мы с нетерпением ждем, когда она уйдет домой. Ей надо вобрать в душу много хорошего, прежде чем стать медицинским работником».

Мать, находящаяся с больным ребенком в стационаре, обычно доверяет медикам, однако всегда внимательно и настороженно следит за тем, как тщательно выполняются различные диагностические и лечебные процедуры врачом и средним медицинским персоналом. Замеченные ею дефекты в действиях медиков воспринимаются обычно болезненно, а иногда в гиперболизированном виде. Вот один из отзывов матери двухлетнего ребенка: «Ребенку закапывали лекарство в ушко в не подогретом виде, говорили — оно там согреется. Поэтому мой ребенок лежал в больнице два месяца. Его не вылечили, и мы вынуждены были уйти домой и в домашних условиях лечить «старинными способами».

Смерть ребенка — трагедия для любой семьи. Бывает так, что медики делали все возможное, чтобы спасти малыша, но их

усилия оказались тщетными. В этом случае родителей всегда волнует вопрос — предотвратима или нет была смерть, можно ли было спасти ребенка, мобилизовав все резервы современной медицины?

Родителям часто кажется, что если бы не было досадных дефектов в медицинском обслуживании их ребенка в самом начале заболевания и в дальнейшем, то он остался бы жить. К великому сожалению, они часто бывают правы в своих претензиях к медикам самого разного ранга и справедливо настаивают на привлечении виновных к ответственности.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ

В 1964 г. Всемирная ассоциация медиков на XVIII сессии ассамблеи (Хельсинки) приняла декларацию — «Рекомендации для врачей по клиническим испытаниям (на человеке). Этический кодекс». В этом официальном документе отмечается, что врачи всех стран при проведении клинических исследований на человеке в научных целях не освобождаются от этической, гражданской и уголовной ответственности, согласно законам своих стран. Главная обязанность врачей — лечить больных и не наносить им ущерба. В тех случаях, когда возникает конфликт между законом и этикой, решающую силу имеет закон. Если же в опасности находится здоровье и жизнь человека, врач руководствуется прежде всего нравственными принципами.

В Хельсинкской декларации отмечено, что в области клинических исследований должно быть четкое разграничение между поисками, основной целью которых является лечение больного человека, и исследованиями чисто научного характера без лечебной пользы для пациента, который подвергается исследованию.

К другим важным положениям декларации следует отнести указание на допустимость проведения клинических исследований только квалифицированными специалистами под контролем эрудированного ученого. От клинического исследования надо воздержаться, если важность задачи его не пропорциональна риску, которому подвергается пациент при проведении исследований.

В 1981 г. в Маниле состоялась XV конференция Совета международной организации медицинских наук по вопросам проведения биомедицинских исследований с участием людей. Выработанные здесь указания одобрены ВОЗ и основная суть их сводится к следующему. Недопустимы эксперименты с участи-

ем детей в тех случаях, когда их могут заменить взрослые, а исследования на беременных можно проводить только при условии их положительного влияния на организм женщины и плода. Эксперименты над большими группами людей должны проводиться с обязательным соблюдением нравственных, социальных аспектов и с их компетентного согласия. Таким образом, указанные выше два документа, принятые в целях регулирования научных исследований в области клинической медицины на международном уровне, проникнуты духом гуманизма, идеей защиты психического и физического здоровья людей самого разного возраста от каких-либо неблагоприятных воздействий при проведении научных исследований.

На страницах медицинских журналов в США и Англии за последние 8—10 лет опубликовано немало работ, посвященных проблемам этики при проведении научных исследований на человеке и животных. Многие авторы подчеркивают необходимость учета этических аспектов при планировании исследований на человеке — безопасность, минимальный риск, научная значимость, продуманный методический отбор групп пациентов, тщательный контроль за ходом и эффективностью исследования, точный статистический анализ фактических данных [Altman D.G.; Smith H.L.; Towers B.; Allen P., Waters W.; Burkhardt R., Kienle G.; Vere D.W.; Tilley B.].

Единодушным является мнение многих авторов о том, что исследования на людях нельзя проводить без их согласия и информирования их о целях научной работы, без гарантированной защиты пациентов от каких-либо неблагоприятных воздействий, которые могли бы стать причиной ухудшения состояния здоровья, инвалидности или смерти человека. Эти высказывания находятся в соответствии с Декларацией, принятой в 1964 г. в Хельсинки по вопросам клинических исследований на здоровых и больных людях.

Заслуживает внимания опыт работы комитетов по врачебной этике, которые созданы при некоторых медицинских центрах Великобритании и которые тщательно рассматривают этические аспекты программ научных исследований в медицине и дают квалифицированные заключения.

В своей монографии «Вопросы деонтологии в научно-исследовательской работе врача» С.Д. Носов выдвинул идею создания кодекса медицинской деонтологии, построенный на принципах морали. Предложение С.Д. Носова является, на наш взгляд, очень важным, поскольку реализация его позволила бы создать коллективным усилием ученых-медиков и врачей свод

основных этикодеонтологических положений, которые регулировали бы профессиональную деятельность врачей и средних медицинских работников на правильной нравственной основе, на принципах морали. Такие кодексы, как отмечает автор, имеются и в других странах.

В кодексе медицинской деонтологии, как считает С.Д. Носов, должен быть раздел, посвященный научным медицинским исследованиям на человеке. Автор предложил 15 пунктов той части морального кодекса врача, которая имеет прямое отношение к вопросам деонтологии клинических исследований на человеке (применительно к научным изысканиям в области инфекционных болезней). Учитывая исключительную ценность данных рекомендаций для представителей медицинской науки и врачей, ведущих исследования в области инфекционных болезней, а также оригинальность идей и мыслей автора, считаем целесообразным, привести их полностью на страницах нашей книги.

1. Научные медицинские исследования на человеке (неопасные эксперименты, испытание вакцинных и лекарственных препаратов, применение различных лабораторных и инструментальных методов с чисто научной целью) необходимы для успешного развития медицинской науки, то есть в интересах общества, но они допустимы лишь при выполнении всех требований медицинской деонтологии.

2. Врач должен руководствоваться принципами морали и правилами медицинской деонтологии во всей своей деятельности, и в том числе при научных исследованиях. «Прежде всего не вреди» — непреложное правило, из которого он должен исходить как в своей практической, так и в научной работе.

3. При проведении научных исследований, объектом которых служит человек, врач должен руководствоваться не только общими принципами медицинской деонтологии, но и теми особыми деонтологическими требованиями, которые определяются спецификой его работы в соответствующей специальной области медицины.

4. В научных исследованиях в области изучения инфекционных болезней правила деонтологии должны охватить все основные виды этой деятельности: эксперименты (особенно экспериментальные заражения инфекционными болезнями) на людях, выполняемые исключительно с научной целью; испытание на человеке безвредности вакцин и лекарственных препаратов, причем на первом этапе (то есть при первых пробах на людях) эти испытания следует приравнивать к эксперименту; новаторские действия в практической работе врача — применение новых,

недостаточно испытанных приемов диагностики и лечения, главным образом в интересах больного (с целью добиться наибольшего терапевтического успеха); научные исследования с использованием различных инструментальных методов, которые не показаны при данном заболевании или данному субъекту, могут оказаться опасными для него, и имеет цель установить новые, научные факты; научные исследования с использованием общепринятых методов, которые могут быть тягостными и стеснительными для обследуемых лиц.

5. Научные эксперименты на человеке (в том числе и на врачах), явно опасные для жизни, недопустимы, как и исследования, причиняющие страдания подопытному лицу.

6. Различные неопасные для жизни человека эксперименты (например, инфицирование маловирулентными возбудителями), первичные испытания безвредности и эффективности вакцин допустимы лишь после тщательного доклинического изучения препаратов при наличии хорошей осведомленности добровольцев о сущности исследований, о связанном с ними риске и полного согласия, не стесненного какими-то особыми условиями (служебная зависимость от экспериментатора, проявление благодарности пациента лечащему врачу и др.). Денежная компенсация не должна быть основным стимулом для изъявления добровольцами согласия на опыт.

7. Экспериментальные исследования на заключенных, психически или безнадежно больных людях недопустимы.

8. Недопустимы всякие эксперименты, в том числе первичные испытания безвредности вакцин и лекарственных препаратов, на детях (независимо от согласия родителей). Изучение на детях иммунологической и эпидемиологической эффективности вакцин, а также уточнение вопросов эффективности лекарственных препаратов, безвредность которых предварительно уже проверена на взрослых людях, этически следует считать допустимыми при соблюдении соответствующих правил медицинского контроля.

9. Исследования экспериментального характера на людях (в том числе первичные испытания вакцин и лекарственных препаратов) должны быть обоснованы действительной необходимостью, их следует проводить после предварительного обсуждения задач, планов и методики исследования в коллективе специалистов и при наличии санкции официальных органов. Врач-исследователь должен быть хорошо знаком с результатами доклинического испытания (в частности на животных), а если подобные опыты уже проводились на человеке — с соответствующими материалами.

10. Добровольцы и другие лица, являющиеся объектами исследования, перед его началом должны быть подвергнуты медицинскому обследованию. В процессе проведения эксперимента (испытания) они должны находиться под наблюдением врача, который при необходимости сможет оказать им соответствующую лечебную помощь.

11. При испытании вакцин и лекарственных препаратов выделение контрольных групп допустимо лишь при условии, что лица, включенные в них, не понесут ущерба (лишение противоэпидемической защиты или полезного эффективного лечения).

12. Новаторские действия врача использование новых приемов диагностики и лечения, недостаточно испытанных активных препаратов, проводимые в интересах больного, с целью оказания ему наиболее эффективной помощи, допустимы при условии, что другие проверенные методы оказались бессильными или малоэффективными. При соответствующих условиях и эти новаторские действия должны быть обсуждены с коллективом специалистов, а на их проведение получено согласие больного или его ближайших родственников. В случаях оказания неотложной помощи, если больной находится в бессознательном состоянии, эти требования отпадают.

13. Применение с научной целью сложных инструментальных и других методов исследования, тягостных и не вполне безопасных, без соответствующих медицинских показаний и без согласия исследуемого лица, осведомленного о сущности метода и степени риска, связанного с их применением.

14. Различные научные исследования с использованием общепринятых методов, ненужные для больного (здорового) человека, но не связанные с возможностью нанесения ему какого-либо вреда, допустимы при соблюдении обычных правил деонтологии. Врач не должен злоупотреблять терпением исследуемого и создавать излишнее и тягостное для него беспокойство (нарушение сна, грубое нарушение режима питания и др.). Необходимо избегать отрицательного воздействия на психику исследуемого, обеспечить индивидуальный подход, психологическую его подготовку. При сопротивлении обследуемого надо отказаться от исследования.

15. Если врач проводит свои исследования на больных, лечение которых обеспечивает другой врач, необходима согласованность их действий, взаимное сотрудничество и понимание: исследователь не должен нарушать план необходимого лечения больного, а врачу без должных оснований не следует препятствовать этически допустимому исследованию.

Приведенные выше положения пронизаны духом гуманизма, большой заботой о том, чтобы защитить психическое и физическое здоровье человека (независимо от его возраста и пола) от каких-либо неблагоприятных воздействий при проведении научных медицинских исследований в области инфекционной патологии. Однако эти положения вполне сохраняют силу и при планировании, подготовке и осуществлении клинических исследований в других областях медицины, в частности в педиатрии.

Предлагая свой свод деонтологических принципов научных исследований на человеке, С.Д. Носов отмечает, что деонтология учит выполнению долга не только перед больным, но и перед народом. Однако автор делает оговорку, что, следуя деонтологическим нормам, нельзя вдаваться в крайность и предъявлять к врачу-исследователю жесткие и необоснованные требования, создавать систему бюрократического контроля и мелочной опеки за его научной деятельностью.

Бюрократизм в организации и проведении клинических исследований, по мнению автора, является тормозом для прогресса науки, наносит, в конечном счете вред интересам всего общества.

Многочисленные публикации научных статей в журналах клинического и медико-биологического профиля часто содержат описательные сведения (например, изменения иммунологических и биохимических показателей у здоровых детей при различных режимах питания, двигательной активности, адаптации к школьным нагрузкам и др.). Представляют ли такие работы научную ценность? Да, конечно, но при условии, если результаты исследований, повлекут за собой какие-то конкретные действия, способствующие сохранению и укреплению здоровья человека, независимо от его возраста и других параметров.

При планировании научных исследований в клинических условиях (на больных детях), а также в другой обстановке (на здоровых), с применением болевых и других стрессогенных воздействий надо учитывать целый ряд обстоятельств.

Не следует выполнять научные исследования, которые заведомо не дадут важных результатов (ни теоретически, ни практически), однако потребуют многочисленных болевых воздействий на организм здорового или больного ребенка.

Дети, которые бурно реагируют на болезненные процедуры (взятие крови для анализа и др.), должны исключаться из контингента обследуемых пациентов, учитывая возможность стрессогенных влияний на результаты научного исследования.

Проводя научное исследование, врач ни на минуту не должен забывать о гуманистической защите ребенка от малейших воздействий, которые могут нарушить лечебно-охранительный режим, создать ситуацию дискомфорта, нарушить оптимальный режим лекарственного и другого лечения.

Следует согласиться с мнением Л.А. Лещинского, который возражал против метода плацебо («пустышки»), когда больному дают вместо конкретного лекарственного средства препарат-заменитель, не обладающий фармакологической активностью, а действующий как условно-рефлекторный фактор. Такой метод исследования автор рассматривал как эксперимент на человеке, что не совместимо с нравственными и юридическими нормами.

Л.А. Лещинский считает недопустимым применение в целях фармакологического эксперимента на человеке и так называемого «шахматного метода» введения лекарственных средств, когда исследователь чередует назначение традиционного препарата и нового лекарства, подлежащего клиническому испытанию, сопоставляя при этом их терапевтические эффекты.

Следует отметить, что в Германии и некоторых других странах закон запрещает до окончания традиционного лечения проводить какие-либо исследования, лишаящие больного обычной фармакотерапии [Burkhardt R., Kienle G.].

Сказанное целиком относится и к проведению научных исследований в области физиотерапии, радиологии и др. Работа врача-педиатра, если к ней относиться вдумчиво и творчески, всегда носит элементы научного поиска. Врачу приходится решать вопрос выбора лекарственного средства, наиболее эффективного в данной ситуации, учитывать его взаимодействие с другими препаратами, возможные побочные реакции и др. Прав был С.Д. Носов, когда говорил, что творческий подход к лечебному делу врача преследует интерес одного больного, а научный поиск ученого имеет более широкое значение, ибо приносит пользу медицине и обществу.

Выдающийся советский педиатр А.А. Кисель всегда возражал против легковесного отношения врачей-педиатров к назначению лекарственных средств детям, особенно новых препаратов, считал аморальным действия тех врачей, которые назначают лекарство по принципу: «Давайте попробуем лечить этим средством».

В нашей стране проведение испытания новых препаратов на детях допустимо только с согласия их родителей и после получения убедительных данных о том, что эти лекарственные

средства не оказывают какого-либо вреда на организм взрослого человека.

Категорически запрещено испытывать новые средства на беременных женщинах, новорожденных, слабоумных детях, умирающих больных. Следует согласиться с С.Д. Носовым, который отмечал, что ответственность за научные исследования в клинических условиях и в эксперименте на животных несет не только аспирант, другой молодой ученый или врач, но и его научный руководитель. Однако здесь недопустима и другая крайность, когда руководитель мелочно опекает молодого ученого, сковывает его творческую инициативу, самостоятельность, требует выполнять исследования только под свою диктовку.

Научные исследования как в области медицины, так и в сфере других наук, могут проводить только люди честные и принципиальные, истинно преданные делу, которому они служат. Безнравственен и такой поступок научного руководителя, когда он соглашается или сам настаивает на том, чтобы в научной публикации (монография, статья, тезисы, доклады и др.) в той части, где значится фамилия истинного автора научной работы, рядом ставились фамилии лжесоавторов, т. е. лиц, которые не участвовали в научном исследовании.

В связи с этим представляют интерес воспоминания Л.А. Орбели о том, как относился к соавторству в научных публикациях его учитель Иван Петрович Павлов: «В лаборатории работало человек шесть-семь. Иван Петрович заходил в каждую комнату, у одних сидел дольше, у других — меньше. Была у него такая система, что из всех розданных тем в течение года одну он выбирал для совместной работы. К ней он относился с большим вниманием, чем к остальным. Эту работу он публиковал от общего имени с каким-либо из сотрудников, тогда как остальные работы, несмотря на огромное участие в них самого Ивана Петровича, публиковались только от имени соответствующего работника. При этом Иван Петрович всегда энергично подчеркивал заслуги своих соавторов».*

К сожалению, этот нравственный принцип решения вопроса о соавторстве научного руководителя нередко игнорируется. Довольно часто на страницах журналов и титульных листах монографий (изданных в течение 1—2 лет) можно встретить такое множество фамилий одного и того же научного руководителя,

* Орбели Д.А. Воспоминания. — В кн. Пути в незнакомое. М.: Советский писатель, 1966, с. 381.

что само по себе число упоминаний имени такого ученого в числе соавторов становится просто неприличным.

РОЛЬ САМООБРАЗОВАНИЯ И САМОВОСПИТАНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ И СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Профессиональная деятельность врачей и средних медицинских работников требует от них полной отдачи сил, знаний, умений, опыта. Медицинская наука и практическое здравоохранение в век научно-технического прогресса бурно развиваются, поэтому происходит постоянное обновление информации по вопросам профилактики, этиологии, патогенеза, классификации, диагностики и лечения различных заболеваний у взрослых и детей. Появляются все новые и новые лекарственные средства, физические методы лечения, совершенствуется инструментальная и лабораторная диагностика.

Медицинскому работнику (врачу, фельдшеру, медицинской сестре, акушерке) для успешного выполнения своего профессионального долга необходимо систематически — совершенствовать свои знания и умения. Основу профессионального совершенствования врачей и средних медицинских работников составляет последовательное и планомерное самообразование посредством изучения научной, справочной и популярной медицинской литературы.

Самообразование медицинского работника находится в неразрывной связи с самовоспитанием, что в совокупности определяет гармоническое совершенствование его личности.

Врач должен постоянно стремиться к тому, чтобы в совершенстве овладеть своей профессией, быть максимально полезным каждому больному и обществу в целом. Ему необходимо систематически расширять свой культурный кругозор, вырабатывать у себя способность быть целеустремленным, самокритичным, доводить начатое дело до конца. Академик И. П. Павлов в своем знаменитом «Письме к молодежи» писал: «С самого начала своей работы приучите себя к строгой последовательности в накоплении знаний. Изучите азы науки прежде, чем взойти на ее вершины. Никогда не беритесь за последующее, не усвоив предыдущего».*

Самообразование необходимо тщательно планировать: без хорошо продуманного плана медицинскому работнику трудно сконцентрировать свое внимание на основных вопросах теории

* Павлов И.П. Избранные произведения. М.: Издательство АН СССР, 1949. с. 19.

и практики, которые имеют прямое отношение к его повседневной деятельности. В план самоподготовки врача целесообразно включить работу над научной и справочной литературой, изучение опыта более старших коллег, освоение новых диагностических и лечебных методов, повышение уровня знаний по вопросам медицинской этики и деонтологии, ухода за больными, диететики и др.

Профессиональная самоподготовка для медика значительно облегчается, если в его распоряжении имеется личная библиотека, содержащая литературу по специальности и смежным дисциплинам. К сожалению, некоторые врачи и медицинские сестры не очень заботятся о создании домашней библиотеки, считая, что обогащать свои знания можно и в процессе бесед с коллегами, слушая доклады и реферативные обзоры на больничных конференциях и семинарах. Однако знания, приобретенные таким путем, недостаточно глубоки и нередко усваиваются в искаженном виде, поэтому должны служить лишь дополнительным, но не основным источником повышения квалификации врачей и средних медицинских работников. Врачу необходимо не только знать о достижениях медицинской науки на современном этапе, но и делать все возможное для внедрения их в повседневную практику работы того лечебного учреждения, в котором ему приходится трудиться.

Врачебная деонтология обязывает каждого медицинского работника настойчиво овладевать основами профилактики, знать, санитарно-гигиенические нормы, изучать вопросы психологии и психопрофилактики, НОТ, эргономики, бороться за здоровый образ жизни детей и подростков.

Внедрение новой и сложной техники, ЭВМ и других современных устройств в практику работы медицинских учреждений требует от врачей-педиатров дополнительной технической подготовки, а также умения оценивать результаты исследований, полученных с помощью этой аппаратуры, давать им правильную клиническую оценку. Это обстоятельство также учитывается сегодня при планировании повышения квалификации врачебных кадров (курсы, семинары, конференции и др.).

Подлинная культура труда врача и другого медицинского работника определяется не только уровнем его профессионального мастерства, но и социальной активностью, мерой гражданской ответственности, нравственной чистотой, душевным благородством.

Человек, занимающийся самовоспитанием, прежде всего, должен научиться контролировать свои действия, поступки и оценивать их как бы со стороны. Сознательную оценку своей

деятельности и поведения, регулирование их с учетом конкретной ситуации называют самоконтролем. Это касается также мыслей и чувств, которые при необходимости волевой человек может контролировать, тормозить. Важно при этом уметь предвидеть ближайшие и отдаленные результаты своих действий и поступков. Развивая способность к самоконтролю, медицинский работник одновременно воспитывает в себе умение владеть мыслями, эмоциями, желаниями в необычной, порой экстремальной ситуации, что бывает крайне необходимым при оказании неотложной помощи, реанимации.

Чувство самообладания помогает медицинскому работнику сохранить решимость, способность к активным действиям даже в таких условиях, которые угрожают его собственной жизни (пожар, землетрясение и др.).

Самоконтроль реально возможен, если человек постоянно стремится к самооценке своих личных качеств, способностей и возможностей, причем к самооценке адекватной, когда мнение его о себе совпадает с мнением окружающих (сотрудников).

Следует отметить, что самооценка может быть и неадекватной, когда человек переоценивает или недооценивает свои творческие способности, деловую активность и др.

Важный методический прием самовоспитания — мысленный самоотчет о том, как был прожит день: какие действия, поступки оказались правильными, полезными, а какие неправильными, ненужными или даже вредными, противоречащими нравственности. Критический самоанализ положительного и отрицательного можно излагать и в письменном виде (дневник), что особенно полезно начинающим специалистам.

Однако не следует отождествлять самоотчет и самоанализ своих действий и поступков с «самокопанием», когда человек долго излишне детально вспоминает все свои неудачные фразы или слова, мучительно переживает мелкие дефекты поведения, вновь и вновь возвращаясь к ним, бичуя себя за то, что можно давно забыть.

К одному из методов самовоспитания относится самоубеждение, сущность которого состоит в том, что человек на основе углубленных размышлений сам себе приводит определенные аргументированные доводы для принятия оптимального решения. Самоубеждение оказывается особенно необходимым в условиях серьезных сомнений и колебаний. В процессе самоубеждения происходит иногда столкновение рационального и чувственного — разума и эмоций. Последние, особенно с отрицательным знаком (гнев, обида, страх), могут затруднять принятие логического решения, поэтому на фоне эмоционального воз-

буждения врач
решений, особе
Отрицатель
зуюсь самовнуш
го человека ил
емов, одним и
внушение пом
тоспособность
Для этого нео
цели, полное
оптимальных
Прибегая к
себя от пагуб
ваться эмоция

В заключе
воспитанию д
целеустремле
стей личности
можностей к

В стремле
излишней по
вести к пере

Врачу ил
грамму само
чества личн
укреплять, и
устранить.

Этико-п
ской деятел
таться с не
эмоциональ
гармоничны

Медик д
держаться е
подобранная
систематичес
поза за стол

Белый ха
рабочая форм
фицирования
го работника,
ты. Он долже

буждения врачу, например, не следует принимать поспешных решений, особенно в ситуациях ответственных, сложных.

Отрицательные эмоции можно значительно ослабить, пользуясь самовнушением, т. е. психическим воздействием на другого человека или на самого себя при помощи специальных приемов, одним из которых является аутогенная тренировка. Самовнушение помогает повысить умственную и физическую работоспособность, укрепить психическое и физическое здоровье. Для этого необходимы большое желание достичь намеченной цели, полное сосредоточение на предмете внушения и наличие оптимальных условий.

Прибегая к помощи самовнушения, человек может защитить себя от пагубного действия стрессогенных факторов, не поддаваться эмоциям, корректно вести себя в конфликтных ситуациях.

В заключение необходимо отметить, что стремление к самовоспитанию должно реализоваться на основе настойчивости и целеустремленности, но с учетом индивидуальных особенностей личности человека, его темперамента, потенциальных возможностей к интеллектуальному прогрессу.

В стремлении научиться управлять собой не должно быть излишней поспешности, чрезмерного усердия, что может привести к перенапряжению нервной системы и ее истощению.

Врачу или другому медику полезно составить личную программу самовоспитания, отметить в ней те положительные качества личности, которые надо развивать, совершенствовать, укреплять, и отрицательные, которые желательно ослабить или устранить.

ЭСТЕТИКА В ПЕДИАТРИИ

Этико-психологические аспекты лечебно-профилактической деятельности врача-педиатра должны органически сочетаться с необходимостью оказывать благотворное влияние на эмоциональную сферу как здорового, так и больного ребенка гармоничным сочетанием в себе доброты и профессионализма.

Медик должен обладать хорошей осанкой, не сутулиться, держаться естественно и просто. Этому способствует хорошо подобранная рабочая обувь (желательно на низком каблуке), систематические занятия физкультурой и спортом, правильная поза за столом.

Белый халат для медицинского работника — это не просто рабочая форма, защищающая его одежду от загрязнения и инфицирования, а своеобразная «визитная карточка» медицинского работника, олицетворение его физической и духовной чистоты. Он должен быть просторным и удобным, идеально чистым,

без украшений (кружев и др.). Не следует прикалывать к нему значки, загружать карманы громоздкими предметами.

Нелепо выглядит врач или медицинская сестра, пришедшие на работу с густым слоем косметики на лице, вычурной прической, ярким маникюром, множеством украшений на руках, шее и в ушах.

Небезразличны к внешнему виду медицинских работников и маленькие дети, особенно больные, у которых затуманено или обострено восприятие окружающего мира. Не очень приятные ассоциации со сказочными персонажами возникают, например, у 3—4-летних малышей, когда к ним приближается слишком накрашенная женщина-врач или медицинская сестра — черные с синевой обводки вокруг глаз, густо накрашенные губы, красные длинные ногти...

Некоторые молодые врачи-мужчины, следуя моде, отпускают пышные усы и бороды, отращивают длинные волосы на голове, что не всегда производит на маленького пациента хорошее впечатление, а иногда просто пугает ребенка.

Рабочее место врача и медицинской сестры в стационаре или поликлинике нужно организовать так, чтобы все необходимое было под рукой. Следует подумать и об оформлении своего рабочего стола. Постоянная чистота и порядок на нем — признаки аккуратности хозяина.

В настоящее время немало пишется и говорится о больничной одежде. К сожалению, во многих стационарах до сих пор при поступлении больным выдают неопределенного цвета халат, застиранное нательное и постельное белье. Неудобная, неопрятная на вид одежда, безусловно, производит неприятное впечатление на пациента, и без того подавленного и расстроенного необходимостью госпитализации. Развивающаяся при этом душевная депрессия может перейти в резко негативное отношение пациента к больничной обстановке, нежелание лечиться в таких условиях. Психическая травма способствует замедлению процесса выздоровления, усугублению тяжести основного заболевания, ухудшению его исхода и прогноза.

Эстетическая сторона оформления больничной мебели неразрывно связана с гигиеническими требованиями к ней.

Хорошее настроение больным создают красиво оформленная столовая, приятный внешний вид блюд, сервировка стола, внимательное обслуживание, отсутствие посторонних запахов и др.

Детская больница должна стать источником не только санитарной культуры, но и очагом эстетического воспитания больных. Здесь, например, дети могут усвоить основные правила поведения за столом, посещения общественного туалета, ухода за волосами,

ногтями и др. Техника проведения этих процедур тесно связана не только с их гигиенической сущностью, но и эстетическими аспектами воспитания маленьких пациентов.

Психогигиеническое воздействие на самочувствие и настроение пациентов имеет эстетическое оформление палат, коридоров, холлов, игровых и учебных комнат. Дети охотно проводят время в уголках отдыха, где есть телевизор, аквариум, декоративные растения, удобная мебель.

Нередко стены в холлах и коридорах детских отделений украшают сюжетными картинами по мотивам детских сказок. Это очень уместно, если такие росписи стен и панно выполнены на должном художественном уровне, а ни содержанию соответствуют назначению таких произведений — оказывать на психоэмоциональное состояние больных детей благоприятное влияние.

Если же росписи стен и панно выполнены как низкопробная продукция, а вид изображаемых персонажей или содержание сцен из сказок носит устрашающий характер (например, злобный вид волка из сказки «Красная Шапочка»), то от таких «произведений» лучше отказаться. Это касается и содержания небольших репродукций, которые нередко размещают в детских больницах: не следует вывешивать произведения с содержанием мрачным или непонятным для детей.

Часто на стенах лечебного учреждения (больницы, поликлиники, санатория) можно видеть плакаты и другие материалы, предназначенные для санитарно-просветительной работы среди детей и их родителей. Бесспорно, такая информация необходима, но пользу она принесет лишь в том случае, если будет лаконичной, доходчивой, выразительной, интересной, привлекательной как по форме, так и по содержанию.

Дети очень любят цветы, они благотворно влияют на их психику, настроение, особенно если ребенку приходится длительное время находиться на постельном режиме. Поэтому медикам и педагогам детской больницы надо позаботиться о том, чтобы цветы в вазочке почаще стояли на прикроватной тумбочке или на подоконнике в палате. Однако здесь необходима разумная мера: резкий запах цветов некоторые дети (особенно страдающие бронхиальной астмой и респираторными аллергиями) переносят плохо, а иногда реагируют на них приступами своего заболевания. Этого допускать нельзя и в каждом конкретном случае следует освобождать такого больного от нежелательного раздражителя.

Негигиенично размещать в палатах многолетние цветы в горшочках, а тем более в процедурных кабинетах. Однако в ка-

бинете врача поликлиники это вполне допустимо и даже желательно.

Не только эстетическое, но и гигиеническое значение имеет окраска стен в палатах, поликлинических кабинетах, коридорах, служебных помещениях. Известно, что цвет эмоционально воздействует как на здорового, так и на больного человека. Медикам надо располагать сведениями по данному вопросу, чтобы рационально использовать цвета с профилактической и лечебной целями в своей практической деятельности.

Так, красный цвет оказывает самое мощное возбуждающее воздействие на нервную систему, усиливает беспокойство, тревогу, эмоциональное напряжение, повышает артериальное давление, учащает пульс. Длина его волны самая большая (из всех видимых цветов), а при прохождении толщи атмосферы он меньше всего рассеивается. Психологи заметили, что под влиянием красного цвета окружающие предметы воспринимаются более крупными, чем они есть на самом деле, а время протекает быстрее. Красный цвет с давних пор во всех странах мира служит сигналом опасности. Модификации красного — розовый и коричневый цвета воспринимаются обычно как выразительные и приятные.

Синий, голубой и фиолетовый цвета угнетающе влияют на психику и эмоции человека, в процессе развития ребенка позже воспринимаются им, чем другие. Они понижают артериальное давление, уменьшают частоту пульса, вызывают ощущение прохлады. Эти цвета являются коротковолновыми.

Зеленый цвет успокаивающе действует на нервную систему, способствует снятию стресса. Желтый — биологически нейтрален, может служить сигналом безопасности, его называют «теплым», так как он вызывает ощущение тепла. Оранжевый по своим свойствам близок к красному. Все его оттенки очень подходят для интерьеров жилых домов, школ, лечебных учреждений. Светло-оранжевый и светло-зеленый цвета воспринимаются как очень приятные, снимают стрессовое состояние и в то же время не угнетают нервную систему.

Белый цвет, простой и естественный, воспринимается организмом благоприятно. Однако ярко-белая окраска стен помещения вызывает напряжение глаз и быстрое утомление их. В настоящее время гигиенисты, психологи, дизайнеры и другие специалисты занимаются поисками оптимальной окраски стен в помещениях детских и других лечебных учреждений с учетом влияния разных цветов и оттенков на психоэмоциональное состояние пациентов.

Так, во вр
рациональной
ется нейтраль
кожных покр
Потолки
белый цвет
освещенность
В условия
развлечения,
стность, отвл
позаботиться
рых прибавля
заниматься. Ж
ды на медици
ризовать кин
участием арти
лять с учетом
бы они, удовл
других.
В заключ
профилакти
культуре мед

Так, во врачебных кабинетах детских поликлиник признана рациональной окраска стен в светло-серый цвет, который является нейтральным и не мешает врачу выявить истинную окраску кожных покровов и слизистых оболочек больного.

Потолки во всех помещениях рекомендуется окрашивать в белый цвет, что усиливает их естественную и искусственную освещенность.

В условиях стационара пациентам необходимы культурные развлечения, поддерживающие бодрое настроение, жизнерадостность, отвлекающие внимание от недугов. Особенно важно позаботиться об организации досуга выздоравливающих, у которых прибавляются силы, появляется желание двигаться, чем-то заниматься. Желательно организовать для таких больных беседы на медицинские темы, по литературе и искусству, демонстрировать кинофильмы, проводить вечера отдыха, концерты с участием артистов. Однако эти мероприятия следует осуществлять с учетом конкретных условий лечебного учреждения, чтобы они, удовлетворяя запросы одних, не травмировали психику других.

В заключение отметим, что эстетизация детских лечебно-профилактических учреждений имеет прямое отношение к культуре медицинского обслуживания населения.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Александров О.А., Коротких Р.Б.* Морально-этические проблемы современного здравоохранения. — Сов. здравоохр., 1981, № 9, с. 21—24.
- Баранов А.А., Альбицкий В.Ю.* Пути оздоровления часто болеющих детей. — Вопр. охр. мат., 1986, № 8, с. 65—67.
- Берлинсон М.Я.* Некоторые вопросы врачебной этики и заболевания крови у детей. — Педиатрия, 1978, № 7, с. 63—66.
- Бисярина В.П.* О некоторых вопросах медицинской деонтологии и этики в практике врача-педиатра. — Педиатрия, 1981, № 6, с. 49—52.
- Бурмистрова Н.Н.* Актуальные вопросы воспитательно-педагогической работы с соматическими больными детьми в условиях стационара. — Педиатрия, 1972, № 10, с. 61—65.
- Витебский Е.М.* Принципы педиатрической деонтологии. — Педиатрия, 1983, № 12, с. 40—43.
- Демант Ф.* Вопросы этики и детской нефрологии. — Педиатрия, 1980, № 2, с. 32—34.
- Долецкий С.Я.* Деонтологические проблемы педиатрии. — Вопр. охр. мат., № 8, с. 46—50.
- Егорова Л.В.* Значение воспитательной работы с детьми младшего возраста при лечении в стационаре. — Медицинская сестра, 1987, № 3, с. 16—17.
- Еренкова Н.В.* Этика труда среднего медицинского работника. Изд. 2-е Киев, «Здоровье», 1987. — С. 120.
- Еренкова Н.В.* Ятрогенная в педиатрии и ее профилактика. — Педиатрия, 1989, № 7, с. 81—86.
- Еренкова Н.В.* Этико-психологические основы госпитализации детей и профилактика госпитализма. — Вопр. охр. мат., 1989, № 8, с. 51—57.
- Золотарев Ю.В., Вертячих А.Н.* Вопросы деонтологии и медицинской этики в детской реаниматологии. — Вопр. охр. мат., 1984, № 4, с. 43—47.
- Квартовкин К.К., Герман Л.В.* Деонтология в работе медицинской сестры детского реанимационного отделения. — Медицинская сестра, 1981, № 4, с. 38—40.
- Клишорин А.И.* Адаптация детей к стационару. — Педиатрия, 1986, № 2, с. 51—53.
- Кубергер М.Б.* О полипрагмазии в педиатрии. — Педиатрия, 1988, № 2, с. 87—90.
- Лежепекова Л.Н.* Вопросы психогигиены и психопрофилактики в работе практического врача. — Л.: Медицина, 1977, с. 160.
- Макаренко Ю.А.* Эмоции здорового и больного ребенка в деонтологическом аспекте. Деонтология в педиатрии. — Л.: Медицина, 1977, с. 60—77.
- Матвеев В.Ф.* Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. — М.: Медицина, 1984.
- Носов С.Д.* Вопросы деонтологии в научно-исследовательской работе врача. — М.: Медицина, 1975.
- Носов С.Д.* Врач, здоровый и больной ребенок. Деонтология в педиатрии. — Л.: Медицина, 1977, с. 23—39.
- Пацорко Р.И., Теш Е.А.* Этика и деонтология в детской больнице. — Медицинская сестра, 1985, № 4, с. 61—62.
- Ружин Г.П., Болгов Д.Ф., Захаров Ю.С.* Деонтологические аспекты лечения некоторых врожденных пороков развития у детей. — Вопр. охр. мат., 1981, № 8, с. 34—37.
- Смирнова Г.А.* Деонтология в педиатрии. — Минск, 1975.
- Таточенко В.К.* Ятрогенные заболевания в детском возрасте. — В кн.: Деонтология в педиатрии. Л.: 1977, с. 47—60.
- Харди И.* Ребенок в больнице. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1973, с. 205—221.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Врач-педиатр как личность и гражданин	5
Основные нравственные и деловые качества, необходимые среднему медицинскому работнику детского лечебного учреждения	7
Этика взаимоотношений в медицинском коллективе	13
Функция ЦНС в различные периоды детского возраста	18
Типы высшей нервной деятельности (темпераменты) и их влияние на психику, эмоции и поведение детей	34
Значение семейного и школьного воспитания в сохранении и укреплении психического здоровья детей и подростков	43
Особенности психики, эмоциональных реакций и поведения детей и подростков при соматических и инфекционных заболеваниях	53
Деонтологические и психологические основы анамнеза в педиатрии	60
Деонтология и этика общеклинического обследования ребенка и подростка. Врачебный обход	70
Этико-психологические основы госпитализации детей и подростков	75
Стрессовые реакции детского организма на болезненные диагностические и лечебные процедуры. Пути их ослабления и снятия	82
Меры антистрессовой защиты детского организма при гастродуоденальном зондировании	88
Профилактика и лечение ятрогенных заболеваний у детей и подростков	106
Методы психотерапии в практике врача-педиатра	112
Основы воспитания больных детей в семье и лечебном учреждении	122
Деонтологические аспекты лекарственной терапии в педиатрии	127
Деонтология при оказании неотложной помощи и проведении реанимации в педиатрии	136
Деонтология врача-педиатра при хронических и неизлечимых заболеваниях	145
Профессиональная тайна в педиатрии	152
Этические основы взаимоотношений медицинских работников с родителями больного ребенка	157
Деонтологические и этические аспекты научных исследований в педиатрии	166
Роль самообразования и самовоспитания в деятельности врачей и средних медицинских работников	174
Эстетика и педиатрии	177
Рекомендуемая литература	182

**Шамсиев Фазлитдин Сайфутдинович
Еренкова Наталья Владимировна**

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ

Редактор *Т.Н. Ерегина*

Компьютерная верстка *О.Г. Лавровой*

Подписано в печать 07.12.2004
Печать офсетная. Формат 60 x 84 /16
Усл. печ. л. 10,7. Тираж 100 экз.

ЗАО «Издательское предприятие «Вузовская книга»
125993, Москва, А-80, ГСП-3, Волоколамское шоссе, д. 4.
МАИ, Главный административный корпус, к. 301а.
Тел. 158-02-35
E-mail: vbook@mai.ru

132-00

Библиотеки Москвы
СВАО, Библиотека №50-1



0 280012 742116

ига»
се, д. 4.
301а.

ISBN 5-9502-0126-4



9 785950 201264

Ф.С.ЦАМСИЕВ, Н.В.ЭРДЕНОВА, О.Н.КОЖИНА, В.А.БЕЛОВА, И.Д.УЗЕНОВА, И.Д.УЗЕНОВА

